Atena Editora
Ano 2021

A Atuação do Assistente Social na Saúde:

Contribuições para o Debate

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2021

A Atuação do Assistente Social na Saúde:

Contribuições para o Debate

Soraya Araujo
Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



Editora Chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Assistentes Editoriais
Natalia Oliveira
Bruno Oliveira
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto Gráfico e Diagramação
Natália Sandrini de Azevedo
Camila Alves de Cremo
Luiza Alves Batista
Maria Alice Pinheiro
Imagens da Capa
Shutterstock
Edição de Arte
Luiza Alves Batista
Revisão
Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Atena
Editora
Ano 2021

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Atena
Editora
Ano 2021

Atena Editora
Ano 2021

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Atena Editora
Ano 2021

A atuação do assistente social na saúde: contribuições para o debate

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A886 A atuação do assistente social na saúde: contribuições para o debate / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-114-2
DOI 10.22533/at.ed.142212605

1. Saúde. 2. Assistente social. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.
CDD 362.1042

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2021

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

Atena Editora
Ano 2021

APRESENTAÇÃO

Uma década após o lançamento pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS do documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, reunimos nessa coletânea a multiplicidade de experiências profissionais de Assistentes Sociais na área da saúde pública.

A coletânea *A atuação do Assistente Social na Saúde: contribuições para o Debate* reúne 09 artigos dentre as quais estão presentes as discussões sobre: extensão universitária, hospital escola, linha de frente e enfrentamento Covid-19, fiscalização profissional, envelhecimento e Serviço Social português.

Os artigos são frutos de pesquisas, relatos de experiências e ensaios teóricos e colocam em evidência o cotidiano dos serviços, os desafios enfrentados por esses profissionais diante do agravamento das expressões da *Questão Social* na atual conjuntura.

Dessa forma, convidamos o leitor a conhecer os trabalhos, partilhar experiências, reflexões e resultados alcançados no processo de produção e socialização do conhecimento.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

A EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO REDE INTERNA DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES NO PROCESSO DE DESNATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Data de aceite: 24/05/2021
Data de submissão: 08/03/2021

Renata Alves César Fernandes
Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)
Universidade de Pernambuco (UPE)
Recife/ Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/7358091445329606

Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti
Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)
Universidade de Pernambuco (UPE)
Recife/ Pernambuco
https://orcid.org/0000-0003-0172-3801

Christiane Virginio de Oliveira Barbosa
Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)
Universidade de Pernambuco (UPE)
Recife/ Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/4068340739534592

Evandro Alves Barbosa Filho
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife/ Pernambuco
http://lattes.cnpq.br/0732419257681948

RESUMO: As expressões da violência estrutural estão marcadas no cotidiano dos serviços de saúde e tendem a ser reproduzidas e legitimadas pelo próprio Estado. Arraigada na formação política e social brasileira até os dias atuais, apresenta-se com o agravamento das expressões da questão social, sendo necessário compreender seus aspectos, numa perspectiva histórica e socialmente produzida a partir do modo de produção capitalista vigente. O Boletim Epidemiológico de Vigilância em Saúde no Brasil 2003-2019 expressa dados alarmantes e chama a atenção para a magnitude da questão, que merece atenção para além das questões individuais, mas para os impactos na saúde e qualidade de vida da coletividade. Como forma de contribuir para a desnaturalização da violência, o tema pautou a reflexão e atuação profissional, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em ações de extensão, que foram desenvolvidas no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), da Universidade de Pernambuco (UPE). O Projeto de Extensão “Rede Interna de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência do HUOC/UPE”, baseou-se na Educação em Saúde e de aproximações com a metodologia ativa de ensino, abrindo espaços de discussão, desenvolveu ações contínuas e possibilitou aos profissionais de saúde a formação necessária para identificar e notificar os casos de violência, na tentativa de interrupção do ciclo.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Extensão Universitária. Política de Saúde.

THE EXPERIENCE OF THE INTERNAL NETWORK EXTENSION PROJECT FOR PEOPLE IN SITUATION OF VIOLENCE: CONTRIBUTIONS IN THE VIOLENCE DENATURIZATION PROCESS

ABSTRACT: The expressions of structural violence are marked in the daily lives of health services and tend to be reproduced and legitimized by the State itself. Rooted in the Brazilian political and social formation to the present day it presents itself with the worsening

of the expressions of the social question, being necessary to understand its aspects, in a historical and socially produced perspective from the current capitalist production mode. The Epidemiological Bulletin of Health Surveillance in Brazil 2003-2019 expresses concerning data and draws attention to the magnitude of the issue, which deserves attention beyond the individual issues, but for the impacts on the health and quality of life of the community. As a way of contributing to the denaturalization of violence, the theme guided the reflection and professional performance, within the scope of the Unified Health System - SUS, in extension actions, which were developed at the Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), of the University of Pernambuco (UPE). The Extension Project “Internal Network of Assistance to People in Situations of Violence at HUOC / UPE”, was based on Health Education and approximations with the active teaching methodology, opening spaces for discussion, developing continuous actions and enabling professionals the necessary training to identify and report cases of violence, in an attempt to interrupt the cycle.
KEYWORDS: Violence. University Extension. Health Policy.

1 I VIOLÊNCIA ESTRUTURAL: ALGUMAS APROXIMAÇÕES

No cotidiano dos serviços de saúde é possível identificar, de maneira explícita, as expressões dos diversos tipos de violências que marcam a atual sociedade contemporânea capitalista. Nela, as violências tendem a ser naturalizadas como formas de manutenção das desigualdades sociais, de gênero e de raça, em prol desse sistema, que se beneficia diretamente no seu ciclo de acumulação.

De acordo com Harvey (2016), o preconceito e a discriminação baseados nas questões étnicas, raciais, religiosas e de gênero estão profundamente arraigados no modo como o mercado de trabalho é segmentado e fragmentado. Assim, as remunerações pagas pelas empresas e instituições são equivalentes à forma como se classifica um determinado trabalho e a quem o realiza. Esse processo de naturalização acontece de maneira direcionada, em sua maioria, a grupos específicos como expressão dessa sociedade patriarcal, racista e machista, por meio da banalização da violência, nas suas mais diversas dimensões, a se iniciar pela violência praticada pelo próprio Estado.

Sob essa ótica, conforme Haug (2006, p. 316), “o entrelaçado da exploração capitalista e uma específica divisão do trabalho em relação de gênero mostra que, entre outros tipos de opressão, a produção capitalista se apoia na opressão da mulher”. Sobre tal questão, Harvey (2011, p. 89) afirma:

> [...] nas fábricas do chamado mundo em desenvolvimento são as mulheres que carregam o peso da exploração capitalista e cujo talento e capacidades são utilizados ao extremo em condições muitas vezes semelhantes à dominação patriarcal. Isso acontece porque, em uma tentativa desesperada de exercer e manter o controle do processo de trabalho, o capitalista tem de mobilizar qualquer relação social do trabalho, qualquer preferência ou hábito cultural especial [...]

Nesse sentido, é perceptível que o Estado brasileiro não responde aos interesses

da maioria da população, implementando políticas públicas seletivas, com o objetivo de reformar para conservar[1] a estrutura social vigente dentro do modo de produção capitalista. Harvey (2011) ainda destaca que nos diferentes locais de trabalho há valores culturais, tais como: o patriarcado, o respeito à autoridade, às relações sociais de dominação, em especial em uma relação de gênero, raça e etnia dos que fazem as tarefas, evidenciando uma relação de poder. Desse modo, há uma contribuição do Estado para manter e atender a demanda do capital, a exemplo da diminuição dos direitos dos trabalhadores.

A partir desta questão, entende-se que o Estado produz uma violência estrutural representando o interesse do mercado e de grupos específicos, estando visível na atualidade discursos elitistas e segregadores, com exaltação de concepções de cunho conservador e com a fragilização dos princípios e direitos que constam na Constituição Federal de 1988[2].

A violência estrutural está, portanto, arraigada na formação política e social brasileira até os dias atuais, com o agravamento das expressões da questão social. É importante enfatizar que essa violência não pode ser entendida como algo natural, mas dentro de uma perspectiva histórica e socialmente produzida a partir do modo de produção capitalista vigente. Nesse sentido, é preciso compreender o conceito de violência estrutural que é considerada por Minayo (1994, p. 8) como:

> [...] aquela que oferece um marco da violência do comportamento e se aplica às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como dos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem a opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-se mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte.

Nesse sentido, a violência possui múltiplas facetas, estando expressa no cotidiano da sociedade, muitas vezes de forma naturalizada, entendida como um processo cultural e intrínseco do ser humano. De acordo com Minayo (2006, p. 13), a violência "tem origem no latim: o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro". Para Saffioti (2004, p. 17), a violência muitas vezes pode ser compreendida como "a ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral". Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se violência como:

> [...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 23;apud. KRUG, 2002).

---

1 Em termos de NETTO, J. P. no texto Cinco Notas a propósito da Questão Social. **Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: ABEPSS, ano 2004, n.º 3, p. 44, jan/jul, 2001.

2 Em termos de BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

No entanto, Minayo (2006) alerta que a noção de violência não pode ter uma definição fixa e simples, devendo haver uma compreensão histórica. Para tanto, faz-se necessário desvelar o significado da violência para além das questões individuais e de responsabilidade do sujeito, sendo um importante passo para se compreender que a violência é uma expressão da questão social[3], reflexo do modo de produção capitalista. O cerne da questão é que esse modo de produção tem um caráter explorador do trabalhador, expropriado dos seus meios de produção pela burguesia (capitalistas). Netto e Braz (2007, p. 24) trazem uma contribuição relevante no que se refere à sociedade burguesa:

> [...] das pesquisas de Marx resultou que a sociedade burguesa não é uma organização social 'natural', destinada a construir o ponto final da evolução humana; resultou, antes, que é uma forma social ***histórica***, ***transitória,*** que contém no seu próprio interior contradições e tendências que possibilitem a sua superação, dando lugar a outro tipo de sociedade — precisamente a ***sociedade comunista***, que também não marca o 'fim da história', mas apenas o ponto inicial de uma nova história, aquela a ser construída pela humanidade ***emancipada.***

Apesar de as obras de Marx não terem como eixo central a questão da violência, ela é tratada dentro das relações de classe e da desapropriação dos meios de produção, segundo Iamamoto (2008, p. 50):

> Todo o espaço ocupado pelo capital transforma-se em 'espaços de poder' — a empresa, o mercado, a vida cotidiana, a família, a cidade, a arte, a cultura, a ciência, entre outros — tanto aqueles onde a mais-valia é produzida quanto aqueles em que se reparte e é realizada, abrangendo o conjunto do funcionamento da sociedade [...]. Verifica-se a regressão, degradação e transgressão no nível das relações da família, de amizade, da vida social de grupos parciais, do meio ambiente, assim como a produção de novas relações no âmbito dos segmentos sociais, como a juventude, os idosos, as mulheres e os trabalhadores.

Para Teixeira (2008, p. 68), "o capitalismo é, antes de tudo, um sistema de expropriação do tempo de vida", sendo extraídos do trabalhador os demais tempos de vida e submetido, apenas, ao tempo do trabalho. Nesse sentido, além dessa violência, a classe trabalhadora é permanentemente excluída dos meios de produção, dos seus direitos sociais e de acesso aos serviços e decisões oferecidas pelo Estado.

A partir dessas reflexões, é possível compreender que a constituição do Brasil foi marcada pela exploração dos seus bens materiais e do seu povo a partir da expropriação das terras, por meio da colonização, escravidão e segregação. De acordo com Minayo (2006, p.27), "o mito originário da criação do povo brasileiro foi marcado pela terrível violência do estupro e da crueldade contra os índios e os negros".

A violência tem rebatimentos importantes no campo da Saúde Pública e nesse

3 Conforme Iamamoto (2008), a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais, engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da atividade humana — o trabalho, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos.

sentido, concorda-se com Minayo (2006, p. 45) sobre os seguintes impactos:

> 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade devida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

Segundo o Boletim Epidemiológico de Vigilância em Saúde no Brasil 2003-2019 (BRASIL, 2019), somente em 2017, as agressões somaram 52.417 internações e 63.748 mortes, constituindo a principal causa de mortalidade na faixa de 15 a 49 anos de idade, com uma taxa de mortalidade = 49,2/100 mil hab.

Acrescenta-se a estes dados, as notificações compulsórias que expressam a magnitude da questão e merece atenção para além das questões individuais e sim para os impactos na saúde e qualidade de vida da coletividade. Destaque ainda para os dados do Boletim Epidemiológico (2019, p.105):

> [...] em 2017 foram registradas 307.367 notificações de violência interpessoal/autoprovocada no Brasil. Desse total, 71,8% das vítimas notificadas eram mulheres, 46,5% eram adolescentes (10-19 anos) ou jovens adultos (20-29 anos), 45,5% eram negras, 40,4% eram brancas e 12,5% tiveram a raça/cor da pele ignorada. Do total de notificações, 22,2% foram referentes a lesões autoprovocadas. Entre os casos de violência interpessoal, houve predomínio das agressões físicas (67,7%), seguidas pelas psicológicas (28,8%), negligência/abandono (16,4%) e sexuais (15,4%). Parceiros íntimos (28,5%) e familiares (27,3%) foram os agressores mais frequentes.

Em especial a Política de Saúde, por suas implicações para responder às demandas provenientes de situações de violência, atua nas ações de promoção, prevenção e proteção das pessoas em situação de violência. Na busca de desnaturalizar esse processo, o tema passou a ser pauta de reflexão e de atuação profissional, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de ações de projetos de extensão que incluíam formação em saúde desenvolvidos no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)[4] da Universidade de Pernambuco (UPE).

Dessa forma, nos anos de 2017 e 2018, foi instituído, por iniciativa do Serviço Social desse hospital, o Projeto de Extensão intitulado "*Rede Interna de Atendimento às pessoas em situação de violência do HUOC/UPE*[5]**"**, aprovado pelos Editais de extensão da referida

---

4 O Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC/UPE) tem como missão formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência em saúde, de excelência, para as regiões Norte e Nordeste, contribuindo para o exercício da cidadania. Especialmente por tratar-se de hospital escola e integrante da rede SUS, tem a responsabilidade legal de identificar e notificar a violação de direitos de crianças e de adolescentes que chegam ao referido hospital.

5 Nos anos de 2019, 2020 e 2021 as atividades do Projeto de extensão *Rede Interna de Atendimento às pessoas em situação de violência do HUOC/UPE* coordenado por Me. Renata Alves Cesar Fernandes foram incorporadas ao *Projeto de extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS/UPE,* iniciado em 2016, desenvolvendo até então ações na linha de Uso e Dependência de Drogas. Assim, a contar de 2019 foram incorporadas as atividades de prevenção, notificação e enfrentamento de violências.

instituição, com o objetivo de estruturar um fluxo (rede interna) de notificação dos casos de suspeita e/ou confirmação de violências previstas em lei contra pacientes acompanhados no HUOC/UPE.

Esse projeto possui relevância por possibilitar a discussão e construção de um fluxo de atendimento interno às pessoas em situação de violência no HUOC[6] em um espaço privilegiado de formação de recursos humanos para o SUS, constituindo um local de formação teórico-prático de vários cursos da área de saúde.

Neste sentido, as ações formativas desenvolvidas por meio do projeto de extensão podem contribuir para melhoria da qualidade de assistência aos usuários e suas famílias, assim como, estimular a reflexão sobre situações de violências com os (as) usuários (as) dos serviços de saúde. Assim como, estimular o fortalecimento das pessoas em situação de violências, por meio de orientações diretas aos/às pacientes e à população em geral. Faz-se necessário esclarecer que a ficha de notificação individual[7] deve ser utilizada para:

> [a] notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades. No caso de violência extra familiar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2016, p. 18).

Neste contexto, as ações de sensibilização para disseminar o conhecimento acerca da necessidade de se identificar, notificar, realizar encaminhamentos e ações pertinentes ao acesso, no que refere ao direito à proteção e a quebra do ciclo de violências perpetradas contra as crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres e demais situações notificáveis, são de fundamental importância no processo formativo dos profissionais de saúde.

Esse fluxo está relacionado diretamente às violências notificáveis compulsoriamente, conforme o Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016, p. 8) para as seguintes situações:

> [...] a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra esses segmentos da população saia da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos. De igual forma, coloca-se no mesmo patamar de relevância e interesse a luta pela equidade nas políticas públicas de outros segmentos sociais, como a população negra, indígena, população do campo, da floresta

6 O HUOC juntamente com os cursos de Medicina, Enfermagem, Ciências Biológicas, Ciências Sociais, Educação Física, Saúde Coletiva, formam o *campus Santo Amaro* da Universidade de Pernambuco. Nesse *campus,* além dos cursos de graduação, estão estrategicamente localizados os Programas de Residências Médica, Uniprofissionais e Multiprofissionais em Saúde.

7 Sugerimos ler o instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, do Ministério da Saúde (2016), disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2021.

e das águas, pessoas com deficiência e população LGBT (lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais).

Durante a realização do projeto, houve a possibilidade de trazer para reflexão e discussão com usuários (as), profissionais de saúde e de outras áreas, as marcas significativas da violência, sejam elas institucionais, físicas, psicológicas, materiais, sexuais e tantos outros tipos, que podem causar danos significativos à pessoa que passa por tais situações.

Dessa forma, faz-se necessário a manutenção de espaços de discussão e ações contínuas, de forma a possibilitar aos profissionais de saúde a informação necessária para a identificação e para notificação dos casos de violência, assim como os devidos encaminhamentos, na tentativa de interrupção do ciclo de violência.

2 I A EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO REDE INTERNA DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DO HUOC/UPE

O Projeto de Extensão *“Rede Interna de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência do HUOC/UPE”* ao longo dos anos vem estimulando que os participantes desenvolvam atividades de estudos, planejamento, execução e sistematização dos conteúdos e atividades. Nesse contexto, são formados pequenos grupos de participantes que ao longo do projeto propõem e executam um projeto de intervenção no contexto da temática do projeto de extensão e em seguida sistematizam em formato de Relato de Experiências.

Além dos projetos de intervenção, que poderiam ser desenvolvidos no próprio *campus* da UPE ou nos locais de atuação nos quais os profissionais e/ou estudantes estivessem vinculados, foram desenvolvidas ações educativas junto aos usuários do HUOC sobre os diversos tipos de violência. As ações educativas ocorriam de forma consubstanciada na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), que propõe metodologias e tecnologias para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tais atividades foram realizadas por meio de articulações com Instituições que atuam na área, tais como: Núcleo de Estudos sobre Violência e Promoção da Saúde da Universidade de Pernambuco (NEVUPE): para contribuir no desenvolvimento da formação sobre violência contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência e demais violências notificáveis; Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do HUOC: para apoio e acompanhamento da proposta; Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife: disponibilização de Técnicos da área de Vigilância em Saúde e Saúde Mental para docência durante o curso.

No ano de 2019 foi ofertada a *Formação em Violência e Saúde Pública: Desafios e enfrentamentos para profissionais de Saúde*[8], dividida em dois módulos, cada um com

8 Essa formação foi planejada ainda em 2018, sendo desenvolvida em 2019 como continuidade da proposta do projeto de extensão agora denominado *Projeto de extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS/UPE,*

carga horária de 40h. O primeiro, com as seguintes temáticas e discussões: Violência Estrutural: expressões na sociedade e desafios para os profissionais de saúde; Violência contra a pessoa Idosa e a atuação do Ministério Público de Pernambuco frente as situações de violências notificáveis; Tipificação, notificação de violências e rede de atendimento; Estudos Negligências e apresentação de atividades; Desigualdade de gênero, violências e 13 anos da lei Maria da Penha; Violência autoprovocada e rede de atendimento; Violência contra a pessoa com deficiência Violência contra as pessoas LGBTQIA; Notificação de Violências; Apresentação dos estudos de caso e orientação dirigida.

O primeiro módulo teve por objetivos fornecer subsídios a discussão do processo de naturalização da violência na atual conjuntura de modo a suscitar elementos para o debate articulado ao cotidiano dos participantes. Neste momento, foram utilizadas aulas expositivas dialogadas, uso de vídeos, estudos dirigidos com análise de artigos científicos, entre outras estratégias.

O segundo módulo, por sua vez, buscou instrumentalizar os participantes em ferramentas de planejamento para a elaboração, execução e registro dos projetos de intervenção. Neste sentido, foi desenvolvido juntamente com os participantes de outra atividade formativa[9] em andamento no mesmo período, com a seguinte proposta: Elaboração, Sistematização e Socialização dos projetos de intervenção; Oficina de produção de Relatos de Experiências; Execução dos Projetos de Intervenção e Elaboração dos Relatos de Experiências.

A estratégia adotada de planejar, executar e sistematizar planos de intervenção foi adotada enquanto metodologia utilizada pelo projeto de extensão para além das atividades formativas. Tal estratégia foi adotada após observação empírica dos resultados obtidos pelos participantes, quanto ao planejamento das atividades, vinculação com as temáticas escolhidas, envolvimento, dedicação e compromisso vinculados.

A metodologia utilizada nas formações vinculadas aos projetos de extensão desenvolvidos pelo Serviço Social do HUOC/UPE[10] baseia-se na Educação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e de aproximações com a metodologia ativa de ensino, buscando ampliar o protagonismo dos integrantes da formação na formulação dos conteúdos, materiais utilizados e atividades formativas mediante pactuação e acompanhamento por meio das orientações.

Desse modo, os participantes são incentivados a desenvolver estudos, planejamento,

---

conforme sinalizado anteriormente.

9 Trata-se do Módulo II da Formação em Ações de Controle de Tabagismo, Redução de Danos e oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS, formação integrante do *Projeto de extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS/UPE,* que anualmente é ofertada a discentes, Residentes e Profissionais de Saúde, desde 2016 até os dias atuais.

10 Essa estratégia metodológica foi utilizada pela primeira vez em 2016, durante a primeira *Formação em Ações de Controle de Tabagismo, Redução de Danos e oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS*, desde então se passou a adotar nos projetos desenvolvidos pelo Serviço Social do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco, independente de estar ou não vinculado a um processo formativo.

execução e sistematização dos conteúdos e atividades. Assim, cada subgrupo deverá propor um projeto de intervenção contendo: justificativa; contextualização da proposta de intervenção; objetivos; fundamentação teórica; caracterização da instituição e público-alvo; procedimentos/estratégias que serão utilizados na intervenção; cronograma de atividades; e definição dos resultados esperados.

Durante a atividade formativa, buscou-se proporcionar que os participantes pudessem associar os conteúdos teórico-práticos trabalhados desenvolvendo produtos factíveis, operacionalizáveis, dentro de sua própria conjuntura institucional. Neste contexto, ao final do processo formativo apresentaram um Relato de Experiências contendo o processo vivenciado, os conteúdos apreendidos, os desafios enfrentados e os próximos passos.

As ações do projeto de extensão possibilitaram a articulação com discentes da Universidade de Pernambuco, a saber: graduação em Enfermagem; Residência Multiprofissional em Saúde Mental; Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos; e instituições externas, tais como a Secretaria de Saúde do Recife através da Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Neste contexto, através das ações de extensão, foi possível a articulação com a comunidade externa ao campus Santo Amaro, através das seguintes ações:

Objetivos	**Atividades**	**Público-alvo**	**Pessoas Atingidas**
Desenvolver ações de sensibilização junto aos usuários do HUOC sobre violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos e locais de atendimento ao público específico.	Ações Educativas nas enfermarias e sala de espera	Usuários do SUS	**390**
Desenvolver formação sobre violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos para estudantes, residentes, servidores e demais interessados.	Atividades formativas	Discentes, Residentes, e Profissionais de Saúde	**239**
Realizar acompanhamento e monitoramento das ações.	Reuniões com a equipe do Projeto de Extensão.	Equipe do Projeto de Extensão.	**18**
Elaborar trabalhos científicos.	Resumo sobre o Projeto de Extensão Rede Interna.	Discentes e orientadores do Projeto de Extensão.	**02 trabalhos**

Tabela 1 – escrever título (fonte 10)

Além do alcance significativo das ações no Campi da Universidade, foram realizados projetos de intervenção em distintos espaços sócio-ocupacionais, nas Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social, viabilizando e colocando em evidência a discussão da temática, especificamente os diversos tipos de violência notificáveis.

A violência doméstica contra mulheres, crianças e adolescentes, pessoa com

deficiência e idosos é um fenômeno grave e bastante presente na atualidade, não distinguindo classe social, embora se apresente com nuances específicas. Durante muito tempo essa questão foi tratada como do campo do privado e sendo um assunto de família. Assim, essa justificativa serviu para dar espaço à violação de direitos destes sujeitos (BRUSCHINI, 2005).

É importante enfatizar que a subnotificação de acidentes e violências é alarmante, sendo identificado no discurso dos profissionais de saúde, durante o cotidiano profissional e ações de formação, o temor e resistência em realizar as notificações de violências, podendo impactar na atuação direta com os (as) usuários (as). No entanto, há outros fatores que contribuem com esta questão, não podendo ser centralizada apenas no sujeito profissional, como também na pouca divulgação e ações que possam contribuir com as interrupções das violências, além da fragilidade da rede de atendimento e de garantia de direito.

É importante destacar que o Estatuto da Criança e do Adolescente, datado de 13/07/1990, aponta em seu artigo 70 que "é dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente". Esta mesma lei, em seu artigo 245 também especifica que:

> [...] deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

A Lei 11.340 (Lei Maria da Penha), datada de 07/08/2006, por sua vez coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher, tipifica a violência contra a mulher como uma das formas de violação dos direitos humanos, altera o código penal e permite que agressores sejam presos em flagrante, entre outras questões. Assim como o Estatuto do Idoso, lei nº 10.741, de 1º de outubro 2003, que em seus artigos 43 ao 45, trata sobre as medidas de proteção para idosos com direitos violados.

Assim, cabe aos profissionais envolvidos nos cuidados e atendimento (técnicos na área de saúde, educadores, cuidadores, entre outros) de crianças e adolescentes, pessoa idosa, mulheres e pessoa com deficiência, a identificação e notificação da violação dos seus direitos, assim como os devidos encaminhamentos aos serviços especializados de atendimento em diversos tipos de situações de violência. Os Centros Especializados no atendimento a crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, os Centros Especializados de Assistência Social (CREAS), bem como os Centros de Referência que atendem mulheres em situação de violência e o Ministério Público são exemplos dos dispositivos existentes.

O projeto de extensão possibilitou ampliar a discussão para além da Universidade, atingindo profissionais de saúde e discentes do Campi Santo Amaro e de outras instituições,

inserindo o tema no cotidiano do trabalho, no sentido de desvelar e compreender a violência como um processo construído historicamente nas sociedades.

Em relação aos (às) usuários (as) do SUS, identificou-se a necessidade constante de se discutir o tema, na direção da desnaturalização da violência e de desconstrução do machismo, racismo, homofobia e das demais violências.

Durante as discussões nas salas de espera e/ou enfermarias, foi possível fazer uma aproximação ao debate a partir do cotidiano dos (as) usuários (as), das suas vivências e relatos de experiências. Observou-se a dificuldade de trazer à tona algumas questões sobre as violências vivenciadas, em especial quando se tratava daquelas perpetradas contra as mulheres, que, muitas vezes, colocavam-se em uma situação de culpabilização, por terem sofrido algum tipo de violência durante a sua vida. Nesse sentido, buscaram-se trabalhar os aspectos referentes aos direitos, orientações e encaminhamentos sobre serviços específicos para o atendimento às pessoas em situação de violência e, por fim, realizado um trabalho para a desconstrução do discurso reproduzido no cotidiano de naturalização das violências.

Observamos também que, durante a execução do projeto de extensão, ocorreram algumas mudanças na dinâmica hospitalar, como o aumento no preenchimento das fichas de notificação de violência pela equipe de assistência. As capacitações também foram bem avaliadas pelos participantes, em sua maioria, inscritos externos. No entanto, percebemos ainda pouca adesão dos servidores da Universidade, principalmente para trabalhar sobre a temática de Violência e dos Programas de Residência Multidisciplinar. Nesse sentido, ressaltamos a importância desse processo de formação e de discussão serem feitos de forma contínua, como uma das estratégias para promover a reflexão e atuação profissional de maneira mais qualificada e que permitam a quebra do ciclo de violências.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de projetos de extensão, como parte da atuação do Serviço Social em um Hospital Universitário público, traz consigo a possibilidade da integralidade das ações de ensino, pesquisa, extensão e assistência em saúde, o que contribui com a melhoria da qualidade dos serviços prestados usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, fortalecer ações e projetos de extensão, que contemplem a participação, é reafirmar o direcionamento do Projeto Ético Político do Serviço Social.

Em relação aos usuários, foi possível se aproximar da realidade e das suas vivências, no intuito de construção do conhecimento, de forma dialética e como parte da reflexão sobre a desnaturalização das violências. Além dessa questão, a troca de saberes e experiências com outras categorias profissionais são salutares na medida em que fortalece o trabalho interdisciplinar e o próprio SUS, enquanto política pública, gratuita e universal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto Nº 8.727**, de 28 de abril de 2016**. Disponível em: <**https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=29/04/2016>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do adolescente:** Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 20 jan. 2021.]]

BRASIL. **Estatuto do Idoso:** Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. **Lei Maria da Penha:** Lei n.º 11.340, de 07 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/18/984/Lei-maria-da-penha-11340.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRAZ, M.; NETTO, J.P. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

____________. Cinco Notas a propósito da Questão Social. **Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: ABEPSS, ano 2004, n.º 3, p. 44,jan/jul, 2001.

BRUSCHINI, C. Teoria Crítica da Família. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (Orgs). **Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

HARVEY, D. **17 contradições e o fim do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2016.

HAUG, F. Para uma Teoria das Relações de Gênero. In: BORON, A. A.; AMADEO, J.; GONZÁLEZ, S. (Orgs). **A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas.** Buenos Aires: Expressão Popular, 2006.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____________. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 07-18, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIVA: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003l2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. **Bol. Epidemiol.** [Internet]. 2019 set [data da citação]; 50(n.esp.):1-154. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 27 fev. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramos, 2004.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital: implicações para a proteção social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2008.

CAPÍTULO 2

PROMOÇÃO DA SAÚDE, TABAGISMO E REDUÇÃO DE DANOS NO SUS: A EXPERIÊNCIA VINCULADA AO PROJETO DE EXTENSÃO PODE RESPIRAR! DISCUTINDO PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS/UPE

Data de aceite: 24/05/2021
Data de submissão: 01/03/2021

Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti
Doutora em Serviço Social pela UFPE
Hospital Universitário Oswaldo Cruz
Universidade de Pernambuco
Recife/ Pernambuco
https://orcid.org/0000-0003-0172-3801

RESUMO: O artigo apresenta a experiência vinculada a Formação em Promoção da Saúde, Tabagismo e Redução de Danos no Sistema Único de Saúde – SUS, atividade vinculada ao Projeto de Extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS/UPE. A formação tem por objetivos: refletir sobre a história, fundamentos e princípios da atenção ao tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde no contexto da Promoção à Saúde; discutir os aspectos envolvidos na atenção ao tabagista no âmbito do SUS de forma articulada à discussão da Redução de Danos; contribuir com o desenvolvimento de atividades educativas sobre Promoção da Saúde, Redução de Danos nos diversos espaços vinculados dos participantes da formação; incentivar a produção de artigos, relatos de experiência e/ou correlatos sobre as atividades desenvolvidas pelos participantes da formação. De 2016 a 2019 concluíram a formação 123 participantes entre Discentes, Residentes e Profissionais de Saúde. Durante o processo formativo os participantes planejam, executam e sistematizam em formato de Relato de Experiência um projeto de intervenção que contemple os conhecimentos apreendidos no processo. A estratégia metodológica inicialmente utilizada nos processos formativos passaram a ser adotadas em todas as atividades vinculadas ao projeto de extensão, enriquecendo assim o aprendizado e troca de saberes entre os participantes contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: SUS, Promoção à Saúde, Extensão.

HEALTH PROMOTION, SMOKING AND DAMAGE REDUCTION IN SUS: THE EXPERIENCE LINKED TO THE EXTENSION PROJECT CAN BREATHE! DISCUSSING HEALTH PROMOTION IN SUS / UPE

ABSTRACT: The article presents the experience linked to Training in Health Promotion, Smoking and Harm Reduction in the Unified Health System - SUS, activity linked to the Extension Project Can Breathe! Discussing Health Promotion at SUS / UPE. The training aims to: reflect on the history, foundations and principles of care for smokers within the scope of the Unified Health System in the context of Health Promotion; discuss the aspects involved in the care of smokers under the SUS in an articulated manner to the discussion of Harm Reduction; contribute to the development of educational activities on Health Promotion, Harm Reduction in the various linked spaces of the training participants; encourage the production of articles, experience reports and / or

correlates about the activities developed by the training participants. From 2016 to 2019, 123 participants, including Students, Residents and Health Professionals, completed the training. During the training process, participants plan, execute and systematize in an Experience Report format an intervention project that contemplates the knowledge learned in the process. The methodological strategy initially used in the training processes started to be adopted in all activities linked to the extension project, thus enriching the learning and exchange of knowledge among the participants, contributing to the improvement of the quality of services provided to the SUS user population.
KEYWORDS: SUS, Health Promotion, Extension.

INTRODUÇÃO

O projeto do curso de extensão[1] tem relação com a tese de doutorado '*Análise da Política de Controle de Tabagismo no Brasil frente à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no contexto da Contrarreforma do Estado'*, defendida por CAVALCANTI (2015). Neste sentido, busca implementar as conclusões obtidas durante o processo de doutoramento, em especial a ampliação de processos formativos que contemplem a temática de tabagismo e especificamente a aproximação da discussão sobre Tabagismo e Redução de Danos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Cavalcanti (2015) em sua pesquisa doutoral apontou que as ações vinculadas aos artigos 8, 9 e 14 que tratam da Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; da Educação, comunicação, treinamento e conscientização; e das Medidas de redução de demandas relativas à dependência e ao abandono do tabaco, respectivamente, da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT que trazem uma relação direta com as ações necessárias para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS puderam avançar em sua implantação, através da incorporação destes nas normativas implantadas desde então, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, ações e diretrizes da Agencia Nacional de Vigilância – ANVISA e do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT no Brasil 2011- 2022 e as convergências com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS e com as diversas normativas – portarias, decretos e leis existentes (CAVALCANTI, 2015).

Essa autora destaca (Idem) que no período de 2010 a 2015 o quantitativo de profissionais que passaram por formação, vinculados às políticas supracitadas, somam mais de 500 mil profissionais. Entretanto, não há indícios de que tais profissionais tenham vivenciado nesses processos formativos discussões acerca da problemática do controle do tabagismo (Idem). Dessa maneira, instituir um espaço de formação que contemplasse

1 De 2016 a 2019 houveram ajustes no título da formação, inicialmente denominada Formação em Ações de Controle de Tabagismo e oferta para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde, passou a incorporar o tema Redução de Danos no próprio título, chegando à nomenclatura atual a saber: 'Formação em Promoção da Saúde, Tabagismo e Redução de Danos no SUS'. Por questões didáticas utilizaremos a atual nomenclatura, visto que se trata da mesma formação com ajustes de conteúdo e/ou nomenclatura conforme a demanda apresentada.

essa temática se faz de suma importância para a qualificação dos serviços prestados à população usuária do SUS.

Espera-se como produto da formação o estimulo de discentes, Residentes e profissionais de saúde na incorporação desses temas em seu cotidiano vivido contribuindo assim para a produção de projetos de intervenção, resumos e relatos de experiências, artigos científicos e coletâneas de textos que reverberem no cotidiano do SUS.

A primeira oferta de formação ocorreu em 2016, com ênfase em ações de controle de tabagismo e oferta de tratamento no Sistema Único de Saúde – SUS se caracterizando enquanto atividade formativa do Projeto de extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS/UPE[2], instituído naquele ano após a aprovação no Edital PIAEXT/UPE nº 001/2016[3], atualmente está sendo desenvolvida a quinta edição da formação.

As quatro primeiras edições foram desenvolvidas presencialmente nas dependências do Campi Santo Amaro[4] da Universidade de Pernambuco. No ano de 2020 em virtude da pandemia de Covid-19 a formação não foi ofertada, sendo necessário repensar o formato da formação culminando na oferta de curso online com aulas síncronas e assíncronas em 2021[5]. Esse trabalho refere-se à experiência vinculada às quatro primeiras edições da formação desenvolvidas no período de 2016 a 2019[6].

Neste contexto, as discussões desenvolvidas nos processos formativos pelos participantes (2016, 2017, 2018 e 2019) vem sugerindo que essa é uma aproximação possível e profícua. Tabagismo e Redução de Danos são temáticas que podem ser aproximadas e se complementam. Assim, para além da discussão da abstinência é possível convergir na direção da discussão da redução de danos desenvolvendo ações conjuntas na perspectiva da integralidade no Sistema Único de Saúde – SUS.

OPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA ATUAÇÃO TÉCNICO OPERATIVA

A abrangência da Política Social, possibilita-nos especificá-la de modo a fornecer subsídios para as ações de ensino, pesquisa, extensão e assistência elegendo o campo

2 De 2016 a 2019 houveram ajustes no título do projeto de extensão, inicialmente denominado 'Pode Respirar! HUOC Livre de Fumo. Ações de sensibilização, de controle de tabagismo e oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS', chegando à nomenclatura atual a saber: 'Projeto de extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS/UPE'. Por questões didáticas utilizaremos a atual nomenclatura, visto que se trata do mesmo projeto de extensão.

3 O projeto de extensão foi reapresentado e aprovado nos anos seguintes através dos Editais PIAEXT/UPE nº 001/2017; 001/2018; 001/2019; e PFA/UPE nº 001/2020 - em vigência,

4 O Campi Santo Amaro da Universidade de Pernambuco abriga os cursos de Graduação em Ciências Biológicas, Ciências Sociais, Educação Física, Enfermagem, Medicina e Saúde Coletiva; diversos Cursos de Pós Graduação: Especialização, Residência em Saúde, Mestrado e Doutorado; além do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC e Pronto Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco – PROCAPE Professor Luiz Tavares.

5 A quinta turma da Formação está em andamento em 2021.1, no formato online com duração de 80h com atividades síncronas e assíncronas com participantes de distintas regiões do Brasil.

6 Todas as versões da formação foram desenvolvidas de forma gratuita. Assim, a cada ano tivemos a valiosa contribuição de Discentes e Residentes em Saúde contribuindo com as discussões, facilitando oficinas qualificando o debate. O mesmo ocorre com os Docentes convidados, sem os quais não seria possível a operacionalização da proposta.

sócio ocupacional da política de saúde pública, uma das doze áreas que concentra maior expressão/participação de assistentes sociais[7] (CFESS, 2005: 51).

De acordo com Sodré (2010: 454)

> o nascimento do SUS é verdadeiramente um produto das lutas sociais, nas quais os assistentes sociais tiveram importante contribuição e trouxeram para si a afirmação de um referencial teórico até então hegemônico pautado nas reflexões de uma teoria social crítica e comprometida com um projeto de sociedade que determinou toda a história subsequente desta profissão.

O planejamento e execução de atividades no campo da política de saúde justifica-se, ainda, pela possibilidade de dar continuidade da construção de trajetória técnica, profissional e científica estabelecendo o compromisso de defesa da política de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado. Neste contexto, concordamos com Sodré (2010: 453) quando afirma que

> o assistente social contribuiu para a politização do campo da saúde. Inseriu o debate sobre os determinantes sociais de forma definitiva e ainda hoje se insere nas frentes de trabalho para demarcar um posicionamento macropolítico que luta por um SUS menos biomédico nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades.

Sobre a dimensão política da atuação do Assistente Social, os avanços teórico-metodológicos da profissão e a construção de massa crítica no âmbito do Serviço Social Mota (2017: 46) defende que

> nessas três últimas décadas e meia, o Serviço Social ampliou sua função intelectual, como profissão e área de produção do conhecimento, ao construir uma massa crítica de conhecimentos, contribuindo para a formação da cultura profissional — teórica, ética e ideopolítica — que se contrapôs e se contrapõe às iniciativas de construção da hegemonia das classes dominantes, em orgânica articulação, a partir dos finais dos anos 1970, com a esquerda marxista no Brasil.

Mota (2014: 701) ao tratar da relativa autonomia profissional e os desafios profissionais frente ao pragmatismo e o neoconservadorismo aponta a atuação para além das atividades meramente de reprodução da ordem vigente. Neste contexto, aponta a autora

> na ausência dessa competência intelectual, que requer reflexão, estudo, pesquisa e domínio de informações sobre a realidade, ganham projeção técnica a avaliação e o julgamento dos resultados da ação que, quase sempre, recaem na constatação da impossibilidade de utilização da teoria social crítica, de inspiração marxiana, para tratar os fenômenos singulares e contemporâneos. Isso porque na teoria marxiana alguns leitores desavisados procuram inspiração para orientar ou instrumentalizar *imediatamente* as demandas cotidianas. Amparando-se na negação da perspectiva da totalidade e no fato de as categorias marxianas não darem conta das problemáticas do

7 As doze áreas que concentram maior expressão/participação de assistentes sociais são: "Conselhos ou Políticas de Direitos Humanos; de Saúde; de Assistência; do Idoso; da Mulher; da Criança e do Adolescente; da Educação; de Gênero e Etnia; do Portador de Deficiência; da Geração de Renda; da Habitação e da Segurança Pública" (CFESS, 2005: 51).

> *dia a dia* profissional, advogam a ***pertinência*** do marxismo para explicar as macroestruturas, mas praticam o pragmatismo e o empirismo para atender aos requisitos da ação cotidiana (Mota, 2014: 701).

Netto (2010: 05) ao discutir teoria, método e pesquisa em Marx destacou que

> a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento). Prossigamos: para Marx, o objeto da pesquisa (no caso, a sociedade burguesa) tem existência objetiva; não depende do sujeito, do pesquisador, para existir. O objetivo do pesquisador, indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica – por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável –, é apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica) do objeto. Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou.

Ao tratar especificamente da pesquisa em Serviço Social, que integra a "atitude investigativa compatível com o espírito do método em Marx" esse autor (Idem: 20-21) sinaliza três operações intelectivas, não necessariamente sucessivas:

> o profissional necessita possuir uma visão global da dinâmica social concreta. Para isto, precisa conjugar o conhecimento do modo de produção capitalista com a sua particularização na nossa sociedade (...); precisa encontrar as principais mediações que vinculam o problema específico com que se ocupa com as expressões gerais assumidas pela "questão social" no Brasil contemporâneo e com as várias políticas sociais (públicas e privadas) que se propõem a enfrentá-las (...); [e] ao profissional cabe apropriar-se criticamente do conhecimento existente sobre o problema específico com o qual se ocupa. É necessário dominar a bibliografia teórica (em suas diversas tendências e correntes, as suas principais polêmicas), a documentação legal, a sistematização de experiências, as modalidades das intervenções institucionais e instituintes, as formas e organizações de controle social, o papel e o interesse dos usuários e dos sujeitos coletivos envolvidos etc. Também é importante, neste passo, ampliar o conhecimento sobre a instituição/organização na qual o próprio profissional se insere.

É com base na tradição marxista que alicerçamos o cotidiano profissional para a consecução das atividades vinculadas ao Serviço Social no campo da Saúde e especificamente no âmbito da extensão universitária, articulando as discussões de Saúde Pública e Promoção da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Mauriel (2010: 174), destaca que "as políticas sociais (...) representam formas históricas resultantes de lutas sociais e pactuação contínuas e intermináveis que nem sempre são favoráveis aos interesses da maioria da população, particularmente se considerarmos a conformação histórica da proteção social brasileira".

Behring (1998: 169), por sua vez, refere que "a política social não é uma estratégia exclusivamente econômica, mas também política, no sentido de legitimação e controle dos trabalhadores". As políticas sociais carregam assim um duplo aspecto, o de legitimação da ordem, mas ao mesmo tempo, se configuram como expressão dos ganhos da organização da luta operária por melhores condições de vida e de trabalho.

Neste contexto, Soares (2010: 25), afirma que

> a política social expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma racionalidade que a fundamenta e organiza. Por sua vez, os projetos societários que disputam a hegemonia no Estado e na sociedade possuem um determinado modo de conceber a realidade e, sendo assim, comportam também uma racionalidade. Há, então, um embate de projetos que se consubstancia também sob a forma de disputa de racionalidades que, no âmbito da política social, se configuram nas diversas concepções de direito, de Estado, de classes sociais, entre outros. Sendo assim, a política social expressa também as racionalidades que fundamentam os interesses de classe em confronto no âmbito do Estado e da sociedade civil.

Matos (2013: 78) aponta que "neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, à igualdade e à gratuidade dos serviços sociais, pois em sua ótica a desigualdade mobiliza a iniciativa individual, enquanto a proteção social universal imobiliza os pobres, tornando-os dependentes do paternalismo estatal". Abramides (2006: 203) por sua vez, destaca que "a política neoliberal estipula que os gastos do Estado com políticas sociais e de atendimento às reivindicações por melhores condições de vida e de trabalho, fruto de lutas operárias e dos sindicatos, precisam ser contidos drasticamente para bloquear a crise capitalista".

Nos termos de Chesnais (Apud BRAZ & NETTO, 2007: 228) "atualmente, é no movimento de transferência, para a esfera mercantil, de atividades que até então eram estritamente regulamentadas ou administradas pelo Estado, que o movimento de mundialização do capital encontra suas maiores oportunidades de investir". Esse movimento traz profundos impactos à política de saúde no Brasil.

Neste sentido, Cavalcanti (2015: 15) destaca que "o mérito da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT está na pretensão de se configurar como uma resposta pública em nível global à atuação da indústria do tabaco" é uma importante iniciativa global, articulando ações públicas que ultrapassam continentes com uma direção pactuada em nível global através da Organização Mundial de Saúde – OMS através do 1º Tratado Mundial de Saúde Pública que é a CQCT.

FORMAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, TABAGISMO E REDUÇÃO DE DANOS NO SUS

O uso do tabaco passou por diversas etapas e associações, de ritual indígena, mercadoria industrializada e glamourização no cinema internacional e mídia televisiva,

ainda é recente as iniciativas de normatização da venda, embalagens e proibição da propaganda. Tais iniciativas estão diretamente vinculadas aos riscos de exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco.

Neste sentido, o tabagismo foi visto como uma opção por um estilo de vida durante pelo menos quatro séculos, porém é responsável por cinco milhões de mortes anuais no mundo e pelo menos 200 mil mortes apenas no Brasil, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). No mundo há atualmente 1,1 bilhão de fumantes e a estimativa, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é de “que, se a atual tendência de consumo for mantida nos próximos 30 a 40 anos, quando os fumantes jovens de hoje atingirem a meia idade, a epidemia tabagística será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% delas ocorrerão em países em desenvolvimento” (BRASIL, 2004).

A Organização Mundial de Saúde – OMS (BRASIL, 2004) considera que o tabagismo é uma epidemia global responsável por cerca de quatro milhões de mortes anuais, das quais mais de 600 000 por exposição involuntária às substâncias tóxicas presentes na fumaça dos produtos derivados do tabaco, o que é denominado tabagismo passivo. Essa exposição refere-se à corrente secundária de fumaça, aquela que circula no ambiente e que inicialmente não é inalada pelo fumante. Assim, toda pessoa presente em ambientes em que há consumo do cigarro está sujeita a essa exposição, sendo chamado de fumante passivo (CAVALCANTI, 2015).

O fumante por sua vez está exposto à fumaça decorrente da corrente primária (inalada pelo fumante) e secundária (presente no ambiente), por esse motivo está duas vezes mais exposto (em ralação ao fumante passivo) às substâncias tóxicas presentes na fumaça dos produtos derivados do tabaco. O fumante passivo, entretanto, poderá ter sua exposição multiplicada dependendo do número de fumantes no ambiente do trabalho e/ou doméstico. Os trabalhadores do ramo de entretenimento (bares, boates, restaurantes, dentre outros), por exemplo, estariam sujeitos às substâncias tóxicas de inúmeros clientes presentes nesses estabelecimentos, justificando assim as ações vinculadas na legislação para proteção de ambientes livres de fumo (Idem).

Dentre os prejuízos trazidos à saúde em crianças destacam-se: maior prevalência de doenças respiratórias, capacidade pulmonar reduzida, maior frequência de bronquite e pneumonia, aumento de tosse crônica e secreção, maior frequência de efusão do ouvido médio, maior gravidade de episódios e sintomas de asma, fator de risco para novas ocorrências de asma, fator de risco para síndrome da morte infantil súbita. A exposição à fumaça ambiental do cigarro ainda aparece como fator de risco para câncer de pulmão e doença cardíaca em adultos (CAVALCANTI, 2015).

O tabagismo até 2020 se tornará responsável por uma em cada oito mortes no planeta. Os fumantes mortos em meia idade perdem em média 20 anos de expectativa de vida. Diariamente entre 80 e 100 mil jovens tornam-se fumantes regulares, um quinto

desses jovens começou a fumar antes dos dez anos de idade, a previsão é de 250 milhões de mortes das crianças e adolescentes quando estes chegarem à meia idade (The Tobacco Atlas & GYTS CollaborativeGroup Apud SAMET, 2008).

A *Formação em Promoção da Saúde, Tabagismo e Redução de Danos no SUS* tem por objetivos: refletir sobre a história, fundamentos e princípios da atenção ao tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde no contexto da Promoção à Saúde; discutir os aspectos envolvidos na atenção ao tabagista no âmbito do SUS de forma articulada à discussão da Redução de Danos; contribuir com o desenvolvimento de atividades educativas sobre Promoção da Saúde, Redução de Danos nos diversos espaços vinculados dos participantes da formação; incentivar a produção de artigos, relatos de experiência e/ou correlatos sobre as atividades desenvolvidas pelos participantes da formação.

Os conteúdos programáticos trabalhados na formação foram sendo modificados ao longo de cada edição, temáticas foram acrescidas a partir da análise das necessidades identificadas junto aos participantes. Dessa forma, algumas temáticas estão sendo priorizadas, estruturada em dois módulos indissociáveis de 40h cada, está organizada da seguinte forma.

O primeiro módulo traz consigo as discussões das seguintes temáticas: Promoção da Saúde e Política de controle de Tabagismo no Brasil frente a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Contexto da contrarreforma do Estado; o cuidado da Pessoa Tabagista; oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde: Abordagem Mínima e Intensiva do Fumante; Grupos para Tratamento para dependentes de nicotina; Ações educativas sobre os riscos de exposição à fumaça do tabaco e derivados; Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: Interfaces com a Promoção da Saúde; Tabagismo e Redução de Danos: Algumas aproximações.

Durante o segundo módulo são ofertadas duas oficinas: Como elaborar projetos de intervenção e Como elaborar Relatos de Experiências tem por objetivos fornecer subsídios para o planejamento e sistematização das atividades dos participantes. Além disso, os participantes socializam em grupo os projetos elaborados, trocam experiências, executam as atividades nos seus respectivos espaços vinculados e sistematizam o processo no formato de Relato de Experiências.

O projeto de intervenção foi elaborado em pequenos grupos de três a cinco participantes, contendo: justificativa, contextualização da proposta de intervenção; objetivos; fundamentação teórica; público alvo e caracterização da instituição vinculadas; procedimentos e estratégias utilizadas; cronograma de atividades e resultados esperados.

Essa estratégia metodológica foi utilizada inicialmente na primeira formação em 2016 e após a verificação empírica do envolvimento dos participantes, passou-se a adotar enquanto estratégia metodológica do projeto de extensão independente de sua vinculação à atividade formativa.

A elaboração, execução e sistematização do processo contou ainda com a orientação

de Técnicos e/ou Docentes vinculados ao *Projeto de Extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS*.

O público alvo das formações de 2016 a 2019 foram Discentes, Residentes e Profissionais de Saúde que possuam vinculação com a temática trabalhada nas formações ou que tenham interesse em se aproximar das discussões. Nota-se entre os participantes que os Discentes de Enfermagem e Serviço Social permanecem maioria em relação às demais áreas, outras duas áreas que mais concluem o processo formativo são: Psicologia e Ciências Biológicas.

Entre os Residentes a participação no processo formativo é mais uniforme entre Enfermagem, Serviço Social, Educação Física e Terapia Ocupacional. Já entre os profissionais de Saúde a predominância é de Assistentes Sociais, Psicólogos, e menos frequente Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.

Para participação das formações foram desenvolvidas as seguintes etapas: abertura de inscrições e divulgação nos canais institucionais – página institucional da Universidade de Pernambuco, redes sociais e mídias diversas; seleção dos participantes que atenderam ao público alvo e início das atividades programadas.

Para a conclusão do processo formativo e obtenção do certificado de curso de extensão universitária os participantes precisaram: atingir uma participação mínima de 75%; elaboração e execução de projeto de intervenção em formato previamente pactuado; produção de Relato de Experiências em modelo previamente pactuado.

As aulas utilizaram os seguintes instrumentos e recursos pedagógicos: exposições dialogadas de conteúdos programáticos; problematização, a partir de casos elaborados pelos facilitadores; apresentação de seminários e oficinas como espaços de reflexão e discussão, a partir da leitura e da identificação de eixos temáticos em textos selecionados; Rodas de Conversa; atividades dirigidas de dispersão; dentre outras.

O processo avaliativo da formação consistiu em: avaliação dos resumos e narrativas elaborados individualmente; apresentação dos seminários e oficinas, em grupos; participação nas discussões em sala de aula; produção, execução e sistematização do projeto de Intervenção e Relato de Experiências vinculados; produção/entrega das atividades em dispersão.

De 2016 a 2019 concluíram o processo formativo 123 participantes, dentre os quais Discentes, Residentes e Profissionais de Saúde de distintos espaços socio ocupacionais. A cada edição do processo formativo projetos de intervenção foram planejados e executados em Escolas; Unidades Básicas de Saúde; Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em suas diferentes modalidades; e em distintos Campi da Universidade de Pernambuco.

Os produtos decorrentes dos projetos de intervenção sistematizados no formato de Relatos de Experiências foram socializados durante a Semana Universitária[8] e Simpósio do

8 Semana Universitária da Universidade de Pernambuco edições 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020; Encontro de Pós Graduação, Pesquisa e Inovação da Universidade de Pernambuco na Semana Universitária de 2018 da Universidade

Complexo Hospitalar[9], ambos da Universidade de Pernambuco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De 2016 a 2019 foram inúmeros aprendizados, da mesma forma alguns desafios se colocaram: a baixa adesão dos profissionais de saúde da própria universidade que tem uma média entre de no máximo dois participantes por edição; a dificuldade de expandir à participação aos discentes, Residentes e profissionais de saúde oriundos de municípios do interior de Pernambuco dada a distância geográfica e ao deslocamento vinculado; com a pandemia de Covid-19 a formação em 2020 não foi ofertada, toda a proposta precisou ser readequada.

Dada a necessidade de readequação da proposta de formação em virtude da pandemia de Covid-19, em 2021 a quinta edição da *Formação em Promoção da Saúde, Tabagismo e Redução de Danos no SUS* está acontecendo em formato online, utilizamos como repositório o Google Sala de Aula e para as atividades síncronas o Google Meet, esta mudança no formato tem permitido a participação de discentes, Residentes e profissionais de saúde de distintas regiões do Brasil. Seguimos a mesma etapa de divulgação e inscrições para esse novo formato. Esperamos assim, novos aprendizados, novos desafios nessa etapa que se inicia.

Vivenciamos um momento de extrema importância marcado pela reforma trabalhista, ofensiva neoliberal e focalização de políticas e serviços públicos evidenciando agudas contradições e ampliação das expressões da Questão Social, a política de saúde enquanto política de seguridade social sofre grandes impactos. De um lado, atendendo a crescente demanda diante do agravamento dessas expressões e pauperização da classe que vive do trabalho e de outro do sucateamento do serviço público e repasse de responsabilidades para sociedade civil organizada, a qualificação do debate e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS é um horizonte mais do que bem vindo, é uma condição indispensável ao cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B. C. **O Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social Brasileiro.** Tese (Doutorado, vinculado ao Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social da PUC/SP). São Paulo, o autor, 2006.

BRAZ, M. & NETTO, J. P. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo, Cortez Editora, 2007. 2ª edição.

---

de Pernambuco.

9 III Simpósio do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco 2018 - Boas Práticas em Saúde Semana Universitária da Universidade de Pernambuco 2019 III Simpósio do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco 2019 - Boas Práticas de Gestão em Saúde Assistencial e Executiva.

BEHRING, E. R. **Política Social no Capitalismo Tardio.** São Paulo, Cortez Editora, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ação Global para o Controle do Tabaco**. 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. Brasília, 2004.

_____. Caderno da Atenção Básica nº 40: Estratégias do Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. O cuidado da Pessoa Tabagista. Brasília, 2015.

CAVALCANTI, S. A. U. **Análise da Política de Controle de Tabagismo no Brasil frente à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no contexto da Contrarreforma do Estado**. Recife, Tese de Doutorado em Serviço Social da UFPE, 2015.

CFESS (Org) [et al.] **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília: CFESS, 2005.

MATOS, M. P. S. A. **Determinantes da Baixa Valorização da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado, vinculado ao Programa Pós Graduação em Política Social da UnB/DF). Brasília, o autor, 2013.

MAURIEL, A. P. O. Pobreza, Seguridade Social e Assistência Social: desafios da Política Social Brasileira. In: **Revista Kathálises v. 13, n2**. Florianópolis, 2010 pp. 173-180.

MOTA, A. E. 80 anos do Serviço Social brasileiro: conquistas históricas e desafios na atual conjuntura. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 39-53, jan./abr. 2017.

____. A. E. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 694-705, out./dez. 2014.

NETTO, J. P. **Introdução ao método da teoria social**. O autor, 2010 (?) In: http://pcb.org.br/portal/docs/int-metodo-teoria-social.pdf Acesso em 20/11/2017.

SAMET, J. Princípios Básicos do Controle do Tabagismo. **Carga Global do Tabagismo.** Aprendendo com os Peritos. Um curso destinado aos profissionais de Saúde. Johns Hopkins. BloombergSchoolofPublicHeath. Institute for Global TobaccoControl, 2007. Disponível: http://hp.globaltobaccocontrol.org/pt-br/home.

SOARES, C. S. **A contrarreforma do Estado e o SUS Hoje. Impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado vinculado ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFPE). Recife, o autor, 2010.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

CAPÍTULO 3

IMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM UM HOSPITAL ESCOLA: TENSÕES ENTRE CONTINUIDADES E RUPTURAS

Data de aceite: 24/05/2021

Reinaldo dos Santos Mendes da Silva
Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB
João Pessoa- Paraíba
http://lattes.cnpq.br/6306796145419946

Danielle Viana Lugo Pereira
Doutora em Serviço Social pela UFRJ e professora adjunta do Curso de Serviço Social da UFPB
João Pessoa- Paraíba
http://lattes.cnpq.br/5035911096415122

Edna Tania Ferreira da Silva
Doutora em Serviço Social pela UFPE e professora adjunta do Curso de Serviço Social da UFPB
João Pessoa- Paraíba
http://lattes.cnpq.br/7403269763206766

Alecsonia Pereira Araujo
Doutoranda em Sociologia pela UFPB e professora adjunta do Curso de Serviço Social da UFPB
João Pessoa- Paraíba
http://lattes.cnpq.br/2800014740607340

RESUMO: O capítulo analisa a imagem do Serviço Social a partir da visão dos/as usuários/as à luz dos Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, realizada em janeiro de 2020, cuja amostra foi composta por 27 entrevistados/as o que corresponde a 51% do universo de leitos da unidade da Clínica Médica, sendo 23 usuários (85%) e 4 (15%) acompanhantes. Na análise dos dados 4 acompanhantes (15%) também foram incluídos como usuários do serviço do HULW, pois compreendemos que essas pessoas também estão inseridas no atendimento. Do ponto vista metodológico, a pesquisa foi conduzida a partir da Teoria Crítica, utilizou como técnicas o estudo de campo e exploratório, com vistas a desenvolver procedimentos metodológicos do tipo quantitativo e qualitativo, com maior abordagem nesse último. Os resultados da pesquisa, apontam que 78% dos entrevistados compreendem que a atuação de Assistente Social está em conformidade com os Parâmetros para a Atuação de Assistente Social na Política de Saúde que, por sua vez, segue em consonância Projeto Ético-Político Profissional. Contudo ao mesmo tempo, encontramos tenções entre a imagem social apresentada pelos usuários que relaciona o fazer profissional com a “ajuda” e a autoimagem construída pela categoria profissional a partir da inserção da perspectiva crítica.

PALAVRAS-CHAVE: Imagem social; Serviço Social; Saúde, Projeto Ético-Político Profissional.

ABSTRACT: The chapter analyzes the image of Social Work from the perspective of the users in the light of the Parameters for the role of Social Worker in Health Policy at the University Hospital Lauro Wanderley (HULW). This is a qualitative field research carried out in January 2020, whose sample was composed of 27 interviewees, which corresponds to 51% of the universe of beds in the Clínica Médica unit, with 23 users (85%) and 4

(15%) companions. In the data analysis, 4 companions (15%) were also included as users of the HULW service, as we understand that these people are also part of the service. From a methodological point of view, the research was conducted from the Critical Theory, using field and exploratory study techniques, with a view to developing methodological procedures of the quantitative and qualitative type, with a greater approach in the latter. The survey results show that 78% of the interviewees understand that the role of Social Worker is in accordance with the Parameters for the Role of Social Worker in Health Policy, which, in turn, follows in line with the Professional Ethical-Political Project. However, at the same time, we find tensions between the social image presented by users that relates professional doing with "help" and the self-image built by the professional category from the insertion of the critical perspective.
KEYWORDS: Social image; Social Service; Health, Professional Political Ethical Project.

INTRODUÇÃO

O presente capítulo propõe um estudo sobre a imagem do Serviço Social no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), Hospital-Escola referência em média e alta complexidades na saúde, do estado da Paraíba.

As transformações econômicas, políticas, culturais e sociais pelas quais vem passando a sociedade capitalista, tende a interferir na atuação profissional de Assistente Social, considerando que é um dos profissionais que atuam junto às diversas expressões da "questão social" no contexto das políticas públicas de seu enfrentamento.

Esse contexto, incide no entendimento coerente sobre a atuação do Assistente Social associando-a ao assistencialismo, pois, em alguma medida, observa-se traço de continuidades que nos remete à origem da profissão no Brasil, visto que a imagem do Serviço Social era associada à prática do favor realizada pela "moça boazinha", o que atualmente tal imagem está diametralmente oposta a imagem que preconiza uma prática profissional concebida à luz do Projeto Ético-Político.

Assim, compreende-se que a imagem social é construída ao longo de sua trajetória socio-histórica e que não está descolada da realidade; ao contrário, constitui-se de um conjunto de determinados traços e características (ORTIZ, 2010). E que a autoimagem de uma profissão se expressa através do seu projeto profissional no qual "elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício." (NETTO,1999, p. 95).

Nesse sentido, para entender o processo de constituição da imagem social de uma profissão "há de se considerar indubitavelmente o desenvolvimento da história, que no nosso caso diz respeito à consolidação particular do capitalismo no Brasil e ao enfrentamento das expressões da "questão social" (ORTIZ, 2010, p.13). Assim como a análise dos projetos profissionais os quais está profissão esteve e está vinculada na contemporaneidade.

Segundo Ortiz (2010) o Serviço Social apesenta, uma tensão entre os traços tradicionais que se atrelam historicamente a imagem da profissão desde sua gênese e os novos decorrentes do salto qualitativo nas últimas décadas. Ambos convivem dialeticamente

e “constituem uma dupla face: a imagem social e a autoimagem profissional, diversos lados da mesma unidade: a imagem da profissão” (ORTIZ,2010, p.155)

Diante dessas questões o estudo tem por objetivo analisar a imagem do Serviço Social na Clínica Médica do HULW, a partir da percepção dos usuários, à luz dos Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Política de Saúde. Apresentamos como hipótese que a baixa escolaridade dos usuários dificulta o entendimento coerente sobre a atuação do Serviço Social na política de saúde, geralmente associando-a ao assistencialismo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho analisou as tenções existentes entre a imagem social e a autoimagem da profissão, a partir da visão dos usuários no âmbito da Política Social da Saúde, sob a perspectiva dos Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Política de Saúde.

A pesquisa teve como método o materialismo histórico-dialético, entendido como o mais adequado para apreender a realidade de forma ampla, por favorecer aproximações com a totalidade a que o objeto pertence (TONET, 2013). A pesquisa foi de campo e exploratória, do tipo quantitativo e qualitativo, com maior abordagem nesse último. Contou também com o levantamento bibliográfico.

Os sujeitos desta pesquisa, foram 27 (vinte e sete) usuários hospitalizados na Unidade Hospitalar de Clínica Médica do HULW, cujo espaço, atualmente, comporta 53 (cinquenta e três) leitos distribuídos entre a ala A e B. Desse modo, a amostra da pesquisa corresponde a 51% do universo da pesquisa. Para a fase de coleta dos dados primários recorreremos ao formulário de entrevista semiestruturado.

Quanto à análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo que seguiu os passos apontados por Bardin (2011) a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

O projeto de pesquisa[1] foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HULW, e enviado a Plataforma Brasil, atendendo todas as condições éticas e legais imprescindíveis para iniciar uma pesquisa que envolve seres humanos. Tomamos como parâmetro ético as Resolução e 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

No tocante aos resultados da pesquisa de campo, as questões iniciais voltaram-se para conhecer o perfil social dos(as) entrevistados(as). E, em seguida aplicaram-se 03 (três) questões a respeito compreensão do exercício profissional do(as) Assistente Social na saúde e no HULW. Por fim uma questão sobre o porquê os usuários acham importante o trabalho do Assistente Social.

1 Parecer consubstanciado do CEP de número: 3.785.894.

No tocante ao perfil social dos/as entrevistados/as: prevaleceu na uma maior incidência de pessoas que se identificam pelo sexo masculino como 56%. Quanto a faixa etária 48% são idosos, com idade de 60 a 82 anos, seguidos de 45% de pessoas de meia idade entre 30 a 59 anos e 7% jovens com idade entre 18 a 29 anos. Quanto a procedência dos entrevistados 100% são paraibanos, sendo que 68% residem na Zona da Mata.

Na questão referente a escolaridade foi constatado que 78% dos entrevistados tem baixa escolaridade, desde os que não foram alfabetizados até os que estudaram até o ensino fundamental. Essa baixa escolaridade interfere diretamente na empregabilidade dos/as entrevistados/as que ocupam profissões as quais geralmente recebem baixos salários. Como foi identificado na pesquisa com 56% dos entrevistados com renda de até um salário mínimo. Sendo que 44% dos entrevistados são aposentados pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e incluíram o benefício como a única fonte de renda familiar. Esta composta em 96% das entrevistadas por até 4 pessoas.

A realidade dos(as) entrevistados(as) faz parte da metamorfose em curso no mundo do trabalho que segundo Antunes (2000) afetam a forma da classe trabalhadora, tornando esta, heterogenia, fragmentada e complexificada. Esta que compreende a totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho. (Antunes, 2000). Estas mutações em curso aumenta o abismo social da classe trabalhadora, de um lado os empregados estáveis do grande Capital e de outro os trabalhadores excluídos do emprego formal, correspondendo a aumento do desemprego estrutural.

Para que fosse possível analisar a imagem social que os(as) usuários tem da atuação profissional do Assistente Social, optou-se por iniciar questionando sobre a compreensão do Serviço Social e as competências profissionais na Política de Saúde. Assim, com vista a identificar as aproximações da atuação profissional com a autoimagem da profissão, que se expressa através das legislações que a regulam sobretudo, no marco do Projeto Ético-Político.

Ao serem questionados sobre o que faz o Assistente Social, em 9 (33%) entrevistados(as) responderam que são os (as) profissionais que fazem o elo entre os distintos sujeitos, a exemplo da mediação entre os familiares e equipe de saúde.

Destacamos algumas falas:

> É para intermediar a relação do hospital com os usuários. (Entrevistado 06, grifo nosso).

> Faz a mediação entre as necessidades dos usuários e o que o sistema pode oferecer. Esclarece a situação do usuário no serviço. (Entrevistado 23, grifo nosso).

> Auxilia nas questões sociais e junto os familiares, na instituição hospitalar. (Entrevistado 04, grifo nosso).

Essa mediação não se dá apenas na relação entre os distintos sujeitos, mas para o acesso aos direitos sociais. Segundo Costa (2011)

> [...] a mediação do Serviço Social, por vezes ela não é percebida pelas demais categorias como decorrente de um direito do usuário, nem tampouco é reconhecida a necessidade de intermediação por um profissional que detenha um saber próprio, cujo Projeto Ético-Político esteja vinculado à classe trabalhadora e, portanto, a garantia e ampliação de direitos na sociedade capitalista, mas, sim é entendida como favor, uma concessão que ignora as relações interpessoais. (COSTA, 2000, p. 255).

Outros 26% (7 respostas) tiveram maior destaque da função e de orientação junto aos usuários e acompanhantes, no sentido de assegurar o bem estar no hospital. Nas repostas podemos notar maior destaque para orientações sobre a rotina institucional e contato com outros profissionais.

Conforme o Código de Ética do(a) Assistente Social o profissional deve defender a prerrogativa da informação como seu dever na sua relação com os usuários, Segundo seu artigo 5º é de responsabilidade desse profissional garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências as situações apresentadas, bem como a democratização das informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional (CFESS, 1993, p. 29).

Essas questões também é uma orientação dos Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde que incluí entre as principais ações aquelas de natureza socioeducativas:

> [...] sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade (CFESS, 2010, p. 56).

Segundo 19% (5 respostas) associaram a atuação profissional como uma profissão que dá encaminhamento de cunho social, a partir da perspectiva dos direitos sociais, se utilizando dos benefícios da previdência, da assistência social e de judicialização da saúde para exemplificar a resposta. Como se pode observar nas falas abaixo:

> Trabalha com as garantias de direitos dos usuários. (Entrevistado 09, grifo nosso).
>
> Serve como suporte, trabalha junto da equipe multiprofissional, especificamente com as demandas sociais. (Entrevistado 07, grifo nosso).
>
> Da assistência em questões de benefícios como a aposentadoria e presta informações. (Entrevistado 21, grifo nosso).
>
> Informa sobre as condições dos cidadãos com relação aos benefícios sociais, ajuda no desenvolvimento... Informa sobre benefícios como auxílio doença. (Entrevistado 25, grifo nosso).

Segundo Netto (1999; 2000; 2009) a perspectiva de acesso aos direitos sociais constitui a direção que norteia a prática defendida em seu Projeto Profissional hegemônico que traz em si uma imagem ideal da profissão.

De acordo com os dados os usuários demonstram uma relativa clareza quando relacionam a atuação nos seguintes aspectos: – elo entre os sujeitos (33%); (26%) função de orientação; (19%) perspectiva dos direitos dos usuários. Desta forma totalizou se que 78% dos entrevistados demostraram que possuem relativo alinhamento da atuação do Assistente Social com a autoimagem da profissão construída numa perspectiva crítica.

No entanto, ainda tem um percentual que ainda traz uma imagem social da profissão que está na contramão da perceptiva crítica a associando com chamado "Serviço Social" tradicional.

Contraditoriamente, a questão da "ajuda" apareceu de forma explicita na resposta de 3 dos(as) entrevistados(as) (11%) dentre elas uma compreensão da profissão limitada a "ajuda os mais pobres". Estas respostas representam um traço histórico que o Serviço Social traz consigo desde sua gênese. Tendo em vista que à história do surgimento da profissão e suas "protoformas", apresentam o cariz de ajuda assistencialista e filantropia (NETTO, 2001). Segundo Silva (2019) a imagem social endógena do assistente social tende, ainda hoje, a se contrapor com a perspectiva crítica da profissão de luta pelo acesso aos direitos de cidadania.

No que se refere ao entendimento dos usuários quanto as atribuições e competências do Assistente Social na política de saúde foram constatadas duas variantes. A primeira referente ao total de 55% 14 entrevistados(as) que atribuíram as ações profissionais alinhadas com a autoimagem atrelada com os "Parâmetros" e relacionar a autoimagem da profissão com destaque para as ações de cunho socioassistenciais, de articulação com a equipe de saúde e socioeducativas.

As ações socioassistenciais estão relacionadas ao atendimento direto aos usuários, por parte da atuação do Assistente Social e que acontecem desde a atenção básica até as ações da média e alta complexidade do SUS. Portanto, segundo os Parâmetros estas "essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.'' (CRESS, 2010, p. 42).

Na segunda variante igualmente expressiva com 45%, correspondendo 13 entrevistados/as (45%) que atribuíram que as ações profissionais aquelas com um caráter administrativo. Tais como: autorização de visita, articulação transportes junto as prefeituras, regulação com os Hospitais da cidade.

Essas responsabilidades são comuns para as equipes de saúde, contudo não são competências atribuídas para o Assistente Social, conforme as legislações que rege a profissão e os Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde. Pois estas ações "[..] possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo." (CFESS, 2010, p. 47).

Dentre os 27 entrevistados/as 8 respostas (30%) destacaram que o Assistente Social trabalha no sentido de garantir o bem estar do paciente no hospital, sendo esse o profissional aquele que olha para além do quadro clínico.

A próxima análise vai destacar quais as principais ações do Assistente Sociais

do HULW. Todas as respostas obtidas apresentaram ações ligadas ao atendimento dos direitos aos usuários. Com maior destaque para as ações de cunho socioassistencial que foram significativamente maiores que das demais ações com 49%, seguida das ações socioeducativas como 33% e Ações de articulação como a equipe médica com 18%.

Segundo os Parâmetros as ações socioassistenciais têm-se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social. A inserção desse profissional é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA,2000).

Tendo em vista que com a implementação do SUS, nos anos 1990, e com ele a ampliação da concepção em saúde, a partir dos determinantes sociais, acentua a necessidade de uma profissional como o assistente social, que vai olhar para o processo saúde-doença, para além do quadro clínico. É esse profissional que vai analisar as reais condições de vida dos/as usuários/as, tais como: as questões do desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário questões essas que influencia no processo saúde doença dos usuários.

Nesse sentido, faz-se necessário observar a importância do aperfeiçoamento profissional nas perspectivas teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa para a preensão crítica do processo histórico como totalidade (ABEPSS,1996)

No que tange as ações socioeducativas também conhecidas como educação em saúde corresponderam a 33% das atividades profissional do assistente social na saúde. Segundo os Parâmetros “essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.” CFESS,2010, p.54). Portanto, as ações socioeducativas devem se constituir como eixo central para atuação profissional de Serviço Social.

As ações de articulação com a equipe de saúde corresponderam a 19% do total das atividades mencionadas pelos entrevistados. Com destaque: a realização de contato com a equipe multidisciplinar (médico, psicólogo e/ou outros), para resolver suas demandas dos usuários bem como na notificação de diagnósticos graves. Segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde:

> O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. (CFESS,2010, p. 47).

As reflexões sobre as atribuições do Serviço Social no trabalho com a equipe de saúde são importantes e precisam ser divulgadas junto aos demais profissionais da equipe de saúde para a materialização da interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde.

Segundo Iamamoto (2000) o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. Ainda segundo a autora “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. (IAMAMOTO, 2000, p.41)

Nesse sentido, a atuação em equipe vai exigir do assistente social um maior alinhamento com os princípios ético-políticos, explicitados no Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS.

Esta discussão sobre a imagem social do serviço Social foi motivada pelo recente estudo intitulado: A imagem social e a autoimagem do serviço social em um hospital-escola, realizado por Silva (2019) no período de entre junho e dezembro de 2018, no HULW, que teve por objetivo analisar a imagem social e a autoimagem da profissão de Serviço Social, de modo a elucidar as congruências e incongruências entre ambas, a partir do Projeto Ético-Político Profissional (PEPP). A questão da imagem social da profissão foi investigada a partir da visão da equipe multiprofissional os dados concluem que:

> [...] no que tange à imagem social do Serviço Social no HULW, apresentada nos resultados da pesquisa, concluiu-se que se sobressaíram (60%) os elementos que caracterizaram a profissão ainda vinculada à perspectiva de “ajuda”, “apoio” ou “auxílio” aos usuários e à equipe de saúde, como profissão subsidiária a quaisquer necessidades que se apresentarem no cotidiano, mas sem a compreensão exógena das dimensões e intencionalidades necessárias à intervenção. (SILVA, 2019, p.129).

Os dados dessa pesquisa trazem elementos importantes para os diálogos sobre nossa hipótese de pesquisa que foi a de que a baixa escolaridade dos usuários interferia no entendimento destes sobre a atuação profissional.

Ao cruzamos os dados vamos perceber que os profissionais entrevistados por Silva (2019), que possuem maior escolaridade não associaram a atuação profissional tal qual ela se propõe. Enquanto em nossa pesquisa junto aos usuários, onde há baixa escolaridade (correspondendo a 78%), estes apresentaram e associaram a atuação profissional aos elementos que compõem a autoimagem da profissão.

Portanto, quanto ao questionamento sobre a importância do trabalho de Assistente Social 100% dos/as entrevistados/as afirmaram que sim. Entre as justificativas 89% (23 respostas) associaram a perspectiva dos direitos sociais.

As falas enfatizam elementos da autoimagem do Serviço Social que se alinha com o Projeto Ético Político Profissional, atreladas aos direitos sociais, com ênfase nos benefícios. Tais respostas tiveram também destaque para ações de elo entre os sujeitos, familiares,

equipe de saúde e a função de orientação. Estas ações apresentadas nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, como ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação com a equipe de saúde.

De acordo com 3 entrevistado/as (11%) atribuíram questões de ordem burocráticas/ administrativa quando questionados/as de quais ações profissionais seriam de responsabilidade de Assistente Social. Dentre as respostas alguns do/as entrevistados/as deram destaque a eficiência e a confiança atribuída ao trabalho realizado pelo/a Assistente Social. Como destacada nas respostas abaixo:

> Sim, e fundamental o contato mais próximo, se sentimos mais seguros, sabemos quem procurar. Ajuda a resolver alguns casos junto aos demais profissionais de saúde." (Entrevistado 20, grifo nosso).
>
> Sim, ajuda, tem que ter para ajudar as pessoas agilizando as coisas para além do hospital. (Entrevistado 24, grifo nosso).
>
> Sim, porque é um meio de orientação para as pessoas que estão mais perdidas. Elas são eficazes ao responder as perguntas que são feitas. (Entrevistado 21, grifo nosso).
>
> Sim, pois é necessário... É o lado do serviço de saúde que olha para a pessoa plena, para além da doença. (Entrevistado 22, grifo nosso).

Essa atuação comprometida tem destaque o "compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional" (CEFESS,1994, p.24)

Diante do exposto, é possível constatar que 89% dos/as entrevistados/as apresentam maior nitidez ao responder sobre a importância do Serviço Social, relacionando a profissão, principalmente, com três atribuições: as ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação com a equipe de saúde.

CONSIDERAÇÃO FINAIS

Analisar a imagem social do Serviço Social em um hospital escolas, se mostrou um desafio em olhar criticamente para à profissão e entende-la em sua totalidade, a partir dos elementos históricos que marcaram os avanços da Política Social de Saúde e, concomitante, ao processo de construção do Projeto Ético-Profissional vigente.

No entanto, é possível observar que ainda permanecem elementos contraditórios no entendimento dos/as usuários/as sobre o Serviço Social, pois há ao mesmo tempo tensões entre a imagem profissional atrelada aos princípios do Projeto Ético-Político e aquelas que ainda apresenta traços da imagem profissional atrelada a "ajuda".

Nesse sentido, o estudo analisou a imagem social a partir dos usuários a fim de identificar como a profissão está sendo vista pelos sujeitos que são atendidos pelos/as Assistentes Sociais, sob a perspectiva da autoimagem da profissão que foi constituída a

partir do Projeto Ético-Político Profissional, em particular, expressa pelos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

Portanto, no que tange à imagem social do Serviço Social no HULW, concluiu-se que se sobressaíram 78% dos entrevistados demostraram que possuem relativo alinhamento da atuação do Assistente Social com o Projeto Ético-Político Profissional. Destacam-se: elo entre os sujeitos 33%, 26% função de orientação e 19% perspectiva dos direitos dos/as usuários/as.

Ainda com relação à imagem social, especificamente, referente as atribuições e competências do Assistente Social na política de saúde foram constatadas duas variantes. A primeira com 55% atribuíram ações alinhadas como a autoimagem da profissão direcionando em suas respostas ações de cunho socioassistenciais, de articulação com a equipe de saúde e socioeducativas. A segunda com 45% atribuíram ações que destoam da perspectiva dos Parâmetros para Atuação do(a) Assistente Social na Saúde, considerando ações de cunho administrativos/burocrático sendo atribuídas ao profissional de Serviço Social. Essas ações administrativas, geralmente, são comuns das equipes de saúde, contudo não são competências e atribuições do/a Assistente Social, conforme prever as legislações vigentes.

Na análise das principais ações do Assistente Sociais do HULW obtivemos uma maior incidência de ações do atendimento aos direitos dos/as usuários/as com maior destaque para as ações de cunho socioassistencial (49%) seguida das ações socioeducativas (33%) e as ações de articulação com a equipe de saúde (18%).

Segundo todos os/as entrevistas/as (100%) afirmaram a importância do trabalho da/do assistente social direcionado para o atendimento dos direitos sociais, correspondendo a 89%. Em contrapartida, tivemos apenas 11% (3 respostas) que atribuíram o trabalho profissional atrelados a ordem burocráticas/administrativa. Deste modo, compreendemos que o fato da categoria legitimar a autoimagem através do seu Projeto Ético-Político, não significa a eliminação dos traços daquela imagem ainda voltada para o elemento da “ajuda”.

Essas tensões entre a autoimagem e imagem social da profissão é marcada na história da categoria, por continuidades e rupturas que atravessa e configura a imagem da profissão, enquanto uma totalidade que a constituí dialeticamente. (ORTIZ,2010).

Assim, a análise dos dados demonstra que em todos os questionamentos os/as entrevistados/as apresentaram respostas que demostram entendimento da autoimagem da profissão, sobretudo quando relaciona as ações profissionais a efetivação dos direitos sociais, contraditoriamente, ainda é possível identificar alguns elementos que não fazem parte da autoimagem da profissão atrelada com os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde e o Projeto Ético-Político.

Portanto, a hipótese de que a baixa escolaridade dos/as usuários/as interfere no entendimento sobre a atuação do Assististe Social é refutada, pois 78% dos entrevistados(as) possuem baixa escolaridade e mesmo assim conseguiram articular a imagem social da

profissão como elementos de sua autoimagem alinhada com os Parâmetros para a Atuação de Assistente Social na Política de Saúde e o Projeto Ético-Político.

Assim, apesar das tensões existentes entre a imagem social e a autoimagem profissional, ambas constituem um lado da mesma unidade: a imagem da profissão. (ORTIZ 2010).

Para concluir: a investigação trouxe reflexões acerca do trabalho desenvolvido pelos/as Assistentes Sociais no campo da saúde, possibilitando refletir sobre a autoimagem e a imagem social da profissão. Ademais, suscitando a reflexão da importância da articulação das perspectivas teórica-metodológica, ético-política e técnico-operativa para consolidar as atribuições e as competências profissionais constitutivas de uma autoimagem explicitada no Projeto Ética-Político Profissional.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. 2002. Os Sentidos do Trabalho. 6a ed. São Paulo: Boitempo Editorial. (Coleção Mundo do Trabalho).

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social: com base no currículo mínimo aprovado em assembléia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.

BRASIL. Código de ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. -9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011].

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano XXI, n. 62, mar. 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 1, p 111-128, 2000.

NETTO. Ditadura e Serviço Social- uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulos: Cortez, 4 ed, 1999.

______. A construção do projeto ético político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 1, p 93-110, 2000.

______. Cinco notas a propósito da “questão social”. Temporalis, n. 3, Brasília: ABEPSS, p. 41-49, 2001.

______. Introdução ao método da teoria social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 667-700.

ORTIZ, Fátima Grave. O serviço social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-papers, 2010. 226p

TONET, I. Método científico: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

SILVA, Andrea Fabia Freitas da. A Imagem Social e a Autoimagem do Serviço Social em um Hospital-Escola. Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA. João Pessoa, 2019.148 f. : il.

CAPÍTULO 4

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA AO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM JOÃO PESSOA- PARAÍBA

Data de aceite: 24/05/2021

Jaqueline Figueredo Silva
http://lattes.cnpq.br/8672006926219943

Maria Betania Gomes da Silva
Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Aluna pesquisadora PIVIC (2020-2021) e integrante do projeto de pesquisa: O trabalho de assistentes sociais em tempos de pandemia: tensões, significados e contribuições
http://lattes.cnpq.br/0380179670909746

Danielle Viana Lugo Pereira
Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora coordenadora do projeto de pesquisa PIBIC (2020-2021): O trabalho de assistentes sociais em tempos de pandemia: tensões, significados e contribuições
http://lattes.cnpq.br/5035911096415122

Valéria Costa Aldeci de Oliveira
Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora e colaboradora do projeto de pesquisa PIBIC (2020-2021): O trabalho de assistentes sociais em tempos de pandemia: tensões, significados e contribuições
http://lattes.cnpq.br/0799686133204651

RESUMO: O estudo objetiva trazer reflexões acerca das inflexões recentes do trabalho dos assistentes sociais na pandemia do Sars-Cov-2. Analisar a processualidade do trabalho dos assistentes sociais que atuaram no enfretamento da covid-19 nos hospitais de referência em João Pessoa-Paraíba, considerando alguns dos principais elementos da conjuntura política atual do governo Bolsonaro e suas implicações na política da saúde e pandemia no país. Ainda, apresenta quais as mudanças ocorridas nos instrumentos técnicos-operativos do Serviço Social e quais as novas demandas surgidas no contexto de pandemia. Do ponto de vista metodológico, a pesquisa possui caráter qualitativo e quantitativo, a qual se justifica por oferecer uma análise sobre a atuação profissional de assistentes sociais em circunstância da crise pandêmica. Portanto, este estudo tratará das primeiras aproximações realizadas com assistentes sociais da área de saúde. Assim, apresentaremos alguns dos resultados parciais de uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo que está em andamento intitulada: “O trabalho de assistentes sociais em tempos de pandemia do novo coronavírus: tensões, significados e contribuições” Projeto de Iniciação Científica (Pibic) 2020-2021, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. Assistentes sociais. Política da saúde. Covid-19.

ABSTRACT: The study aims to bring reflections on the recent changes in the work of social workers in the pandemic of Sars-Cov-2. To analyze the procedurality of the work of the social workers who worked in coping with covid-19 in reference hospitals in João Pessoa-Paraíba, considering some of the main elements of the current political situation of the Bolsonaro government and its implications for health and pandemic policy in the

country. It also presents the changes that have occurred in the technical and operational instruments of Social Work and the new demands that have arisen in the context of the pandemic. From a methodological point of view, the research has a qualitative and quantitative character, which is justified by offering an analysis of the professional performance of social workers in the circumstances of the pandemic crisis. Therefore, this study will deal with the first approximations made with social workers in the health area. Thus, we will present some of the partial results of a bibliographic, documentary and field research that is underway entitled: “The work of social workers in times of pandemic of the new coronavirus: tensions, meanings and contributions” Scientific Initiation Project (Pibic) 2020 -2021, from the Federal University of Paraíba (UFPB).
KEYWORDS: Pandemic. Social workers. Health policy. Covid-19.

1 I INTRODUÇÃO

O presente estudo analisa as recentes inflexões do trabalho dos assistentes sociais no período de pandemia da covid-19. Desta forma, objetiva investigar a processualidade do trabalho dos profissionais que atuam no enfretamento do novo coronavírus e examina quais readequações ocorreram nos instrumentais do Serviço Social, utilizados na intervenção dos assistentes sociais nos hospitais de referência que atuaram no enfrentamento da covid-19 em João Pessoa- Paraíba. Além disso, visa verificar os instrumentos técnicos-operativos utilizados pelos/as profissionais de Serviço Social na Saúde e também quais foram as novas demandas apresentadas devido ao contexto da covid-19.

A crise pandêmica, que vem ocorrendo desde o final de 2019, acarretou no agravamento das expressões da “questão social” durante os meses de isolamento restrito e ao decorrer da pandemia que ainda está presente mundialmente. Desta forma, percebemos que no Brasil ocorre um aprofundamento de fenômenos já existentes, sobretudo a histórica desigualdade social.

A pandemia provocada pelo Sars-CoV-2 atinge diversos setores da sociedade, não apenas exclusivamente às áreas biomédicas, mas também integra áreas interdisciplinares, como os assistentes sociais, e suas consequências abrangem outros setores da vida social de forma diferenciada. Somando-se a isso, têm-se as implicações trazidas pela fase atual do capitalismo que poderão provocar modificações no mundo do trabalho, principalmente no agravamento das formas de precarização do trabalho de assistentes sociais em diversos campos socioassistenciais - aqui trataremos, especificamente, aspectos destes profissionais inseridos no campo da saúde.

Além disso, a conjuntura política vivenciada atualmente, no Brasil, no governo Bolsonaro provoca diversas complicações no combate à pandemia, tendo em vista as declarações polêmicas do presidente contra os protocolos sanitários definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Cabe ressaltar que, antes da pandemia já se vivenciava uma tensão de redução de recursos para a educação e para o campo da saúde, principalmente pela promulgação da Emenda Constitucional 95, que limita por 20 anos os

gastos públicos. Desta forma, a crise sanitária que se coloca, no caso brasileiro, encontra um cenário de desmonte das Políticas Públicas, por conseguinte das estruturas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como consequência desse processo vimos em alguns estados o colapso nos sistemas de saúde, destacando a situação de Manaus, onde as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) sobrecarregam a capacidade de atendimento e também chegou ao colapso pela falta de oxigênio. Em muitos estados brasileiros foi necessário reestruturar alguns serviços de saúde, tais como, suspensão de cirurgias eletivas, a alteração de leitos direcionados para os casos graves decorrentes da covid-19, modificação na rotina para evitar aglomerações, adaptação de alguns profissionais para o trabalho remoto. Além disso, é importante destacar o SUS como resultado de luta e mobilização social, firmando a saúde como direito de todos e dever do Estado conforme preconiza a Constituição Federal de 1988.

Diante disso, a presente pesquisa se justifica visto que poderá oferecer elementos reflexivos sobre o fazer profissional dos assistentes sociais em circunstâncias da pandemia. Este estudo tratará das primeiras aproximações realizadas com assistentes sociais da área de saúde. A metodologia da pesquisa possui caráter qualitativo e quantitativo, no qual a amostragem se deu por meio da aplicação de um questionário com os/as assistentes sociais que atuaram nos hospitais de referência da covid-19 em João pessoa – Paraíba, e bibliografia disponível.

2 | A OFENSIVA NEOLIBERAL DO GOVERNO BOLSONARO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS

Pensar a conjuntura de hoje é pensar no avanço do pensamento conservador, da ultradireta e do neoliberalismo no Brasil desde o golpe de 2016. Nessa direção, o neoliberalismo é uma ideologia que provoca uma mudança profunda nas relações sociais, ou seja, na forma de pensar e agir de todos. Entender como a ofensiva neoliberal opera é importante tanto para a compreensão da crise pandêmica como para compreender as ações e os posicionamentos do atual presidente Jair Messias Bolsonaro.

Nesse contexto, o neoliberalismo além de ser uma política econômica voltada para o mercado ainda sustenta que a saída para a crise deve ser individual. Em sua agenda estão envolvidas privatizações, flexibilizações e contrarreformas. Dessa forma, a educação e a saúde, por exemplo, passam a ser objetos de ataques sistemáticos visando a privatização. Essa dilemática tem-se apresentado constantemente no atual governo.

Os protestos de 2013 no Brasil contra o aumento das passagens serviram como ponto de partida para políticos e manifestantes neoconservadores pedirem a volta de um governo baseado na pseudo-meritocracia e no individualismo, ou seja, um governo neoliberal. A partir disso, o bolsonarismo começa a aparecer e ganhar forças tanto nas ruas quanto nas redes sociais bem como na mídia. O slogan “o gigante acordou” proferido

pelos manifestantes inicia um processo de abertura para o conservadorismo, obtendo mais estímulo pós-impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff.

É nessa contextualidade que no início de 2020, o mundo se depara com uma crise pandêmica que afeta diretamente a sociedade, necessitando de isolamento social para conter a propagação do vírus. A Organização Mundial da saúde (OMS) recomenda o isolamento social, uso de máscaras e álcool 70% como medida para evitar o contágio pelo vírus da covid-19 e para evitar o colapso dos Sistemas de Saúde. Por exemplo, o número de casos, em outubro deste mesmo ano, ultrapassou o número de 4.920.000[1] registrados pelo SUS. Em contrapartida, o presidente Jair Messias Bolsonaro, através de discursos em redes oficiais nacionais e redes sociais, coloca-se contra as medidas de isolamento, alega um caráter inofensivo do vírus, com a justificativa de que o isolamento afetaria a economia e geraria desemprego, portanto, apregoando uma falsa disjuntiva entre economia e saúde.

Diante dessa problemática, o vírus, mortal em casos graves, avança de forma acelerada e o seu enfrentamento mais eficaz é por meio do coletivo através das recomendações feitas pela OMS com a devida intermediação do Estado. No entanto, a postura do chefe do executivo se opõe a essas recomendações, demonstrando seu caráter de governo com traços neofacistas dentre outras faces, conforme caracteriza Behring e Boschetti (2021). Desta forma, o neoliberalismo torna-se "uma amostra empírica da falácia individualista neoliberal". (FONSECA e SILVA, 2020, p.63), pois é por meio do Estado e do coletivo que o combate à pandemia se desenvolve.

Além disso, a diminuição nas políticas que tornava o coletivo como prioridade do setor público, elucidamos a famigerada "PEC da Morte" (PEC-241)[2], isto é, o congelamento de gastos em setores da sociedade tendo como um dos afetados a área da saúde. Desse modo, torna-se um fator determinante para o agravamento da pandemia, tendo em vista as consequências apresentadas na crise pandêmica, tais como, a superlotação de leitos, falta de organização na distribuição de insumos aos estados, falta de profissionais e outros problemas.

O presidente Jair Bolsonaro em todos os momentos trágicos da pandemia se posicionou contra as medidas sanitárias, passando a defender a abertura dos comércios em pleno pico da pandemia e número elevados de mortes pelo novo coronavírus, alegando que "o país não vai pra frente, vai complicar a vida de muita gente.

Quanto mais desemprego, mais violência." (CNN, 2020)[3]. Desta forma, o neoliberalismo se mostra como um sistema que não pode parar, mesmo com a situação grave de mortes, no qual "o senhor presidente reproduz com clareza um modelo de Estado baseado na lógica da competitividade e do mercado" (FONSECA e SILVA, 2020, p.64).

Observa-se também uma transferência de responsabilidade de proteção contra o

---

1 Dados: Ministério da Saúde 2020

2 PEC-241 ou PEC-55 que congela os gastos do governo por 20 anos. Votada no governo de Michel Temer no ano de 2016.

3 Entrevista do Presidente Jair Bolsonaro concedida a CNN Brasil.

vírus quando se coloca o mercado em constante produção e a classe trabalhadora fica à mercê do capital, não tendo outras opções diante da crise pandêmica, restando apenas ceder à lógica capitalista e ir trabalhar, visto que, o executivo oferece uma proteção social pífia.

Na esteira da atual crise do capital mundial observamos que o Brasil está emerso numa das maiores crises do sistema capitalista, portanto, se na atual crise a tônica da problemática é voltada para capacidade assustadora de contágio e letalidade do vírus; ao mesmo tempo, é possível observar os elevados índices com o crescimento vertiginoso do desemprego; sendo esse uma das principais expressões da "questão social". Assim, se tais consequências já estavam em curso antes da pandemia do novo coronavírus, elas são igualmente letais para um contingente significativo que não encontram condições para atravessar esse momento da humanidade.

Observa-se então, "por trás disso tudo, ainda que em mau disfarce, estava a primazia da economia sobre todas as demais esferas dos social-inclusiva a vida." (FONSECA e SILVA, 2020, p.65). Desta maneira, mesmo em momentos de crises, o Estado é quem conduz as propensões do mercado.

Outrossim, a maneira de posicionamento de Bolsonaro leva ao negacionismo da ciência, no qual seus discursos tornam difíceis elucidar para a população quais medidas devem seguir para o controle e diminuição do contágio pela covid-19. Nesse caso, o trabalhador se torna mais exposto, pois:

> na perspectiva do presidente, para que a situação da pandemia venha a se encerrar rapidamente, o trabalhador, que é o agente mais vulnerável á contaminação, por estar na linha de frente nos ambientes laborais, deveria ter suas atividades normalizadas, sem qualquer alteração nos elementos contratuais de trabalho, não deixando de evocar, para isso, o princípio da liberdade de "ir e vir". (FONSECA e SILVA, 2020, p.67).

Nesses termos, nota-se que a doutrina neoliberal não relativiza as situações, mesmo em tempos de crises. Como observamos na fala do presidente ao afirmar que "lamento as mortes, mas é a realidade. Todo mundo vai morrer aqui. Não vai sobrar ninguém [...]. E se morrer no meio do campo, urubu vai comer ainda." (BRASIL DE FATO, 2020)[4]. A frase chocante nos revela o que é mais importante na visão neoliberal, ou seja, o capital precisa estar em funcionamento e constante produção e reprodução, ainda que a situação pandêmica esteja em elevado momento de contágio e mortes. Há uma banalização das mortes decorrentes da covid-19 por parte deste governo e o desprezo em preservar vidas.

Nessa compreensão, há irresponsabilidade no discurso do presidente e isso acarreta na reprodução do mesmo por parte da população, que, influenciados pelo discurso do presidente, passa a defender e apoiar a abertura dos comércios de forma imprudente, o não uso de máscaras e de aglomerações. Portanto, há uma distorção entre o conhecimento científico e o negacionismo da ciência. A percepção política do governo de Jair Bolsonaro

4 Reportagem para o site de notícias Brasil de Fato.

É totalmente marcada por concepções neoliberais, que acabam operando em conjunto com um ideário protofascista militante que a tudo relativiza em nome de uma pauta reacionária que se alimenta em negacionismos e conspiracionismos os mais diversos.” (FONSECA e SILVA, 2020, p.70)

Consoante a isso, houve a desorganização na ocupação de um dos cargos estratégicos para condução da gestão de combate à pandemia da covid-19 que é o Cargo de Ministro da Saúde. Na ocasião pandêmica foram destituídos dois ministros com formação na área da saúde, respectivamente médicos de formação, Luiz Henrique Mandetta e Nelson Teich ambos demitidos após divergências com o presidente. Atualmente o cargo é ocupado pelo general de divisão do exército brasileiro, Eduardo Pazuello sem experiências na área da saúde.

No início do governo de Jair Messias Bolsonaro o Ministro da Saúde era o médico ortopedista Luiz Henrique Mandetta, mas foi demitido em 16 de abril de 2020 após embates com o presidente, pois enquanto o Ministro desejava seguir as regras sanitárias definidas pela OMS, Bolsonaro defendia o contrário. Um dos fatores para a demissão foi a imposição do presidente em querer o uso da cloroquina como tratamento para a covid-19, mesmo sem haver comprovação científica. Em entrevista, Mandetta afirma que “a cloroquina é uma questão política, não é técnica. Com ela, o governo justifica sua inércia na prevenção, na testagem e na compra de vacinas, que ele sabotou”. (ISTOÉ, 2021)[5].

Após a saída de Luiz Henrique Mandetta, o seu sucessor foi o médico oncologista, Nelson Luiz Sperle Teich no dia 17 de abril de 2020 e pediu demissão em 15 de maio de 2020 depois de adversidade com o presidente. O Ministério da Saúde ficou sem o cargo de ministro durante o período de 15 de maio até 2 de junho de 2020. Durante esse tempo o Brasil estava em elevados número de mortes e casos de covid-19, mas não havia organização para lidar com o contágio. Em 2 de junho de 2020, Eduardo Pazuello assume o cargo de Ministro da Saúde do Brasil.

A partir disso, diversas ações foram tomadas contrárias as recomendações do campo científico. Era visto a irresponsabilidade por meio das contradições entre as medidas tomadas pelo ministro e as recomendadas pela OMS. A imensa propagação do uso da cloroquina como tratamento para covid-19 foi um dos fatores centrais para a desinformação entre a população, pois as chamadas *fake News*, isto é, notícias falsas; essas eram constantemente disseminadas através das redes sociais tanto do próprio presidente quanto dos seus apoiadores, tornando difícil seguir as regras sanitárias apropriadas.

No final do ano de 2020, a esperança voltou a surgir com a possibilidade de uma vacina contra o novo coronavírus. A primeira vacina registrada mesmo com resultados incompletos foi a da *Sputnik V* da Rússia. Posteriormente, novas vacinas foram surgindo. No Brasil a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) aprovou em janeiro de 2021 as vacinas de *Oxford* e *Sinovac*, porém não houve organização para o início da vacinação e

5 Entrevista para a revista ISTOÉ em 2021.

apenas no dia 17 de janeiro de 2021 a primeira pessoa vacinada no Brasil foi a enfermeira Mônica Calazans, que trabalha no Instituto de Infectologia Emílio Ribas do estado de São Paulo.

Portanto, a trajetória de controle para o combate da pandemia pelo governo de Jair Messias Bolsonaro é de constante contradição e sempre alinhada com a lógica normativa neoliberal. As ações realizadas pelo Poder Executivo teve como resultado um índice crescente dos números de mortes e confusão nas informações repassadas para a população, acarretando no negacionismo da ciência, tendo em vista as atitudes por parte da sociedade, nas quais se destacam o não uso de máscara, aglomeração, uso de medicamentos não comprovados cientificamente, a propagação das *fake News*, o descrédito dos números das mortes pela covid-19, entre outros fatores.

3 I A IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO COMBATE AO CORONAVÍRUS E OS REBATIMENTOS DA PANDEMIA NO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS

As mudanças ocorridas na saúde brasileira são de extrema importância para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista o histórico de lutas e mobilizações sociais em defesa de uma saúde de qualidade para todos. Desta forma, entende-se o trabalho em saúde com a finalidade de atender as necessidades da população numa perspectiva interdisciplinar para além da necessita de atendimento médico tanto para prevenção de doenças quanto para a cura. Outrossim, o trabalho em saúde também está inserido na lógica capitalista, posto que, "o trabalho em saúde não é um dado em si, uma abstração apartada da realidade; ao contrário, é - nos marcos do modo de produção capitalista - um tipo de trabalho que participa do processo de reprodução social e, de modo indireto, da valorização do capital". (SILVA e CASTRO, 2020, p.26).

Consoante a isso, não podemos restringir o trabalho dos/as profissionais da saúde apenas na relação saúde e doença, pois também está inserido as dimensões históricas, econômicas, sociais e culturais, ou seja, um paciente está associado a outros processos sociais no seu cotidiano. Nesse contexto, faz-se presente o trabalho de assistente social na política da saúde.

A pandemia denota a realidade sobre a importância do SUS e a necessidade de valorização de seus profissionais. É sabido que antes do SUS entrar em funcionamento a saúde no Brasil não era oferecida para todos da sociedade, isto é, como direito universal. Assim, somente após muitas lutas e mobilizações sociais esse sistema é posto como direito ao povo na Constituição de 1988, através de um amplo esforço desenvolvido pela reforma sanitária, que foi um movimento marcado pela pauta da defesa da saúde para todos, amplificando o acesso.

Segundo Fleury (2009, p.746):

> A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a Reforma sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa maneira, enfatizamos o SUS como resultado de lutas sociais se constituindo historicamente como uma das políticas sociais de maior abrangência do território nacional, considerando sua ampliação no acesso à saúde como direito baseado no princípio universal.

Além de que "o trabalho em saúde se desdobra em atividades no âmbito do planejamento e da gestão; e na assistência propriamente dita." (SILVA e CASTRO, 2020, p.34). Com isso, a saúde é formada por diferentes profissões que se entrelaçam com o objetivo de garantir o acesso a todos, contribuindo para o processo de reprodução da vida social.

Com as inovações advindas da inserção do SUS, garantido conforme o

> Art.196-, no qual "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Desta forma, o modelo antigo de uma saúde centralizada na relação saúde-doença passa a ser centrado na promoção da saúde incluindo, de acordo com a Lei n° 8.080/1990 no

> Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

É nesse contexto que o/a profissional do Serviço Social se insere na política da saúde, pois o/a profissional passa a ter a sua atuação ampliada na política da saúde, visto que possuí subsídios para seu trabalho na perspectiva da universalização do acesso à saúde orientada pela concepção dos direitos sociais. Em 29 de março de 1999 (n.383/99), o Conselho Federal de Serviço Social caracteriza o/a assistente social como profissional da saúde. Diante disso, no contexto da crise pandêmica que assola o mundo, o/a assistente social vai atuar nas expressões da "questão social" aprofundadas pela letalidade e transmissão do vírus da covid-19.

De acordo com as primeiras aproximações das análises do trabalho destes profissionais na área da saúde percebe-se uma tendência de desvio das atribuições requeridas aos assistentes sociais expressando um certo desvio do projeto ético-político. Ademais, a precarização do trabalho explícito na contratação dos profissionais na pandemia com baixa remuneração, contratos precários, plantões de trabalho com carga horária exaustiva, causando cansaço físico e mental; desproteção com relação à garantia

aos Equipamentos Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletivo (EPC) principais medidas para evitar a exposição ao vírus. De acordo com Antunes (2020) essa precarização do trabalho expressa e tendência a individualização, a invisibilização e a eliminação completa dos direitos trabalhistas.

No que tange as dificuldades postas a esses profissionais, aplica-se as dificuldades de acesso aos EPI, no qual no início da pandemia houve a insuficiência de disponibilizar os EPI's para todos/as os/as profissionais. Diante disso, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) elaborou o parecer jurídico de nº05/2020 sobre a Ausência de Equipamentos de Proteção Individual – EPI para assistentes sociais, o qual torna a necessidade do seu uso, bem como a obrigatoriedade de seu provimento pelas entidades contratantes.

Outra problemática está nas atribuições e competências aos profissionais anteriormente sinalizadas, como exemplo, a comunicação de óbitos aos familiares, no qual "essas requisições não são novas. Reiteram velhas práticas em saúde que concebem as ações da equipe multiprofissional de saúde não médica como mero subsídio ao 'ato médico' ou por ele instrumentalizadas (SOARES; CORREIA e SANTOS, 2021, 126)". Trazendo de volta a reprodução do "perfil profissional tecnicista, voluntarista e conservador (SOARES; CORREIA e SANTOS, 2021, p.126)".

Em 31 de março de 2020 o CFESS divulga a Orientação Normativa n.3/2020 sobre as atribuições dos assistentes sociais em relação a comunicação de óbitos e boletins de saúde dos pacientes. Em nota,

> A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, translado e demais providências concernentes. (CEFSS, 2020)

Isto posto, percebe-se as inflexões no trabalho trazidas pela pandemia, visto que o trabalho profissional vem sofrendo mutações diante das novas reorganizações no mundo do trabalho. Além disso, observa-se a relevância desse trabalho uma vez que constatamos o aprofundamento das expressões da questão social, base sociohistórica de atuação do Serviço Social.

Nessa nova realidade pandêmica o trabalho profissional de assistentes sociais constitui como um dos importante instrumento no atendimento à população, sobretudo na assistência à saúde; na política socioassistencial (auxilio emergencial e funeral); atendimentos relativos aos direitos previdenciários; violações de direitos, por exemplo, o crescimento de casos de violências contra mulheres, crianças e adolescentes, idosos/as na pandemia; dentre outras. Tal contexto, torna esse trabalho ainda mais necessário na

atualidade societária.

Nos dados preliminares da pesquisa, constata-se que quanto ao gênero dos/as profissionais, predomina mulheres cis heterossexuais. Isso nos mostra que a profissão de Serviço Social ainda possui até os dias atuais uma maior abrangência do sexo feminino, com idade entre 25 anos a 55 anos. Portanto, o trabalho feminino é um elemento constitutivo que ao longo do tempo caracteriza esse trabalho.

Observa-se que todas as assistentes sociais atuaram durante o período inicial da pandemia (março-junho/2020) e suas principais atribuições destacadas foram: planejamento, gestão e execução. Isso demonstra a importância do planejamento e da dimensão investigativa como atributos necessários para a categoria profissional dar respostas às recentes demandas.

No que tange a jornada de trabalho, os resultados demonstram uma mudança significativa na carga horária, por duas razões principais: devido à maior demanda da população usuária e ao afastamento de profissionais por serem pertencentes ao grupo de risco. Portanto, percebe-se uma tendência a sobrecarga do trabalho e maior exaustão do trabalho profissional durante a pandemia. Ademais, o atendimento aos usuários se deu de forma presencial e com contato direto, mas em algumas ocasiões ocorreu de forma virtual com os familiares dos pacientes, considerando o maior índices de contágio. Assim sendo, destacamos que o atendimento presencial fornecido aos usuários era nas visitas margem aos leitos junto com outros profissionais da saúde, utilizando dos EPI's, os quais eram fornecidos diariamente, mas alguns profissionais mencionam não se sentirem totalmente seguros pela qualidade dos EPI's fornecidos nos espaços ocupacionais.

Em algumas instituições houveram alteração no quadro de funcionários. Uma foi em função das contratações de mais profissionais e a outra a redução do quadro de funcionários, pois alguns eram do grupo de risco, outros foram afastados por adoecimento e/ou por serem vítimas fatais da covid-19.

Dessa maneira, na área da saúde são colocadas várias requisições, tais como: fazer vídeo-chamadas com os familiares, assessorar as equipes interdisciplinares, controle do fluxo de troca de acompanhante e orientações referente à garantia de direitos. Com essas novas demandas houve a necessidade de alguns profissionais terem novos conhecimentos, principalmente aqueles que não tinham facilidade no manuseio das ferramentas tecnológicas. Esses conhecimentos foram evidenciados pelos/as profissionais, no qual concerne na realização de estudos sobre a covid-19, formação/capacitação institucional das Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC's), porém algumas instituições não forneceram e os profissionais precisaram orientar-se por conta própria.

Em referência as atribuições/ requisições de não competência do Serviço Social, a mais destacada é a comunicação do óbito. Nota-se a frequência dessas atribuições nas reclamações acerca das não competências de assistente social na política da saúde. Outro fator frisado pelas assistentes sociais foram a informação de boletins médicos para os

familiares, atribuição essa de competência médica, conforme mencionado anteriormente na nota do CFESS.

As mudanças ocorridas no exercício profissional no contexto de pandemia se deram na readequação dos espaços de atendimento presencial aos usuários realizados com distanciamento social, com portas abertas, uso de máscara e álcool 70%. Já o atendimento social foi e vem sendo realizado de maneira remota por telefone e/ou *e-mail*.

O trabalho em equipe e/ou interdisciplinar sofreu uma profunda ruptura, considerando principalmente que as reuniões de equipe foram realizadas de maneira remota. Outra importante reorganização ocorreu num histórico recuso técnico-operativo utilizado no trabalho profissional de assistentes sociais que são as visitas domiciliares. Essas foram reduzidas e/ou suspensas em decorrência da pandemia, bem como o atendimento coletivo presencial foi interrompido comprometendo o acompanhamento das famílias, sendo operacionalizado por telefone.

Outra tendência que se apresentou na pandemia foi o uso das TIC'S. De acordo com as assistentes sociais, não houve implicações éticas com relação às alterações ocorridas no atendimento por meio dessa ferramenta. No entanto, ocorreu dificuldade ao realizar atividades educativas/reflexivas através do trabalho remoto, considerando a ausência do uso de TIC's pelos/as usuários com baixa renda. Diante disso, percebe-se a importância de se investir no projeto de intervenção profissional e na capacidade de dar respostas aos trabalhos e serviços prestados à população usuária.

No aspecto de saúde mental as assistentes sociais ativas no enfrentamento da covid-19, todas relataram se sentirem cansadas. Algumas apresentaram dificuldade para dormir, sentiu-se nervoso/a, não conseguiu controlar suas emoções e preocupações, sentiu-se estressado/a na maior parte do tempo, decorrente das altas demandas, e também teve medo de ser contaminado pela covid-19 e transferir o vírus para os familiares.

Além disso, outro aspecto entrado nos dados da pesquise se refere as principais dificuldades encontradas pelas assistentes sociais no seu cotidiano profissional. Destacam-se alguns depoimentos, a saber: "Melhor estrutura do serviço, uma vez que, por exemplo, por falta de crédito no celular da instituição, tivemos que usar os nossos aparelhos celulares particulares para realizar as chamadas telefônicas e de vídeo, para que o/a paciente e as famílias pudessem manter contato, o fizemos e fazemos ainda, por entender a urgência da situação e fragilidade."[6] (Assistente Social). "O medo do contágio, muita demanda que dificulta o acompanhamento qualificado de alta social. Mas apesar disso, conseguimos articular muitas situações difíceis de altas travadas por motivo de negligência familiar com idosos, falta de estrutura familiar para garantir a assistência da saúde necessária por alta." (Assistente Social)

Outra profissional relata que houve um "Aumento do requerimento de profissionais e gestores de atribuições que não são de competência do Serviço social, especialmente

6 Relato real retirado das respostas da pesquisa.

de boletim médico e de ajustes às regras e moralização dos usuários." (Assistente Social)

Desse modo, verifica-se uma tendência maior das reclamações pelas atribuições de não competência do serviço social, tornando mais difícil o trabalho dos assistentes sociais e a exaustão do profissional.

Por fim, para alguns profissionais a experiência de ter trabalhado durante a pandemia, contraditoriamente, favoreceu o contato com outras pessoas através de plataformas virtuais. Compreende-se com isso que as tecnologias da informação e comunicação como tudo no capital está em processo de disputa, mas no contexto de pandemia esse meio tem sido muito utilizado devido o distanciamento social, devendo-se, portanto, aproveitar os benefícios que essa ferramenta tem proporcionado, mas de acordo com orientação dos Conselhos regionais e federais (CRESS/CFESS) a tecnologia não pode substituir ou interferir na ação profissional.

É nesse contexto que o Serviço Social contribui com seu trabalho dando respostas as demandas surgidas nesse cenário de contágio e alta letalidade pelo vírus Sars-Cov-2, com o compromisso e a qualidade dos serviços prestados aos seus usuários. Apesar das dificuldades diante da contradição de um governo que reduz direitos e restringe os meios que o serviço social utiliza para tentar ampliá-los, ficou bastante evidente na pandemia, conforme destaca a assistente social que atuou em um dos hospitais de referência a Covid-19 que: "Remamos contra a maré, pois o estímulo governamental era contrário às restrições para conter a pandemia".

Portanto, a presente pesquisa, ainda em andamento, com profissionais que atuaram no enfrentamento a covid-19 na política da saúde assinala importantes inflexões vivenciadas por esses profissionais. Os resultados apresentados são preliminares e apontados como tendência para o Serviço Social, demarcado no período de março-junho de 2020. Logo, a pandemia provocou diversas transformações na processualidade do trabalho dos assistentes sociais, mudanças nas quais trouxeram elementos para discutir a nova realidade do trabalho profissional em meio a uma crise pandêmica.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estrutura social, política e econômica do Brasil e do mundo está afetada diretamente pela crise pandêmica que vivenciamos desde o ano de 2020, provocando o agravamento da "questão social" e suas múltiplas expressões. Afetando de modo direto as pessoas mais pauperizadas, considerando principalmente as implicações no mundo do trabalho. Além disso, no caso brasileiro temos implicações ainda mais profundas por conta da agenda neoliberal desenvolvida pelo atual presidente que pouco fez para minimizar o quadro de avanço da doença.

No que diz respeito ao trabalho de assistentes sociais na política da saúde nos hospitais de referência da covid-19 em João Pessoa- Paraíba houve inúmeras modificações

tanto nas novas demandas que foram apresentas quanto nas implicações de atribuição que não são de competência do Serviço Social, além do aumento da carga horária causando a precarização do trabalho. As alterações evidenciaram também a preocupação de profissionais que atuam na linha de frente no combate a Sars-Cov-2 em contaminar seus familiares e o medo de serem vítimas fatais, tendo em vista o grande número de mortes causado pelo vírus.

O trabalho de assistentes sociais é uma luta em meio as contradições de uma política agudamente precarizada, privatizada e instrumentalizada em função do capital privado da saúde, ou seja, do mercado privado. Portanto, o Serviço social foi capaz de responder as demandas postas na crise sanitária e intervir nas expressões da questão social, na defesa do SUS e por uma saúde que engloba toda a sociedade. A pesquisa ainda está em desenvolvimento, e, consequentemente, as ponderações apresentadas sobre o trabalho de assistentes sociais na política da saúde serão aprofundadas.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado.** 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem?. **Serviço Social & Sociedade**, n. 140, p. 66-83, 2021.

BRASIL DE FATO. **Bolsonaro volta a minimizar mortes por coronavírus: "é natural, é a vida".** Brasil de Fato, São Paulo, 22 maio 2020. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2020/05/22/bolsonaro-volta-a-minimizar-mortes-por-coronavirus-e-natural-e-a-vida. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

BRASIL, **Ministério da Saúde**, 2020. Disponível em; <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46766-coronavirus-45-757-casos-e-2-906-mortes>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2021.

BRASIL. **Lei 8.080 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 29 de fevereiro de 2021.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.

CFESS. **Orientação Normativa n°03/2020, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020b.

CFESS**. Parecer Jurídico n°05/2020-E, de 24 de abril de 2020**. Dispõe sobre a ausência de equipamentos de proteção individual- EPI para assistentes sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020a.

CFESS. **Resolução n°383/99 de 29 de março de 1999**. Dispõe da caracterização do assistente social como profissional da saúde. Brasilía: Conselho Federal de Serviço Social, 1999.

CNN. **Bolsonaro trata contágio como inevitável e defende volta ao trabalho.** CNN Brasil, Brasília; São Paulo, 18 abr. 2020. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/04/18/se-dependesse-de-mim-muito-mais-coisas-estariam-funcionando-diz-bolsonaro. Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.

FLEUY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.743-752, 2009.

FONSECA, André Dioney; SILVA, Silvio Lucas Alves. **O Neoliberalismo em tempos de pandemia: o Governo Bolsonaro no contexto de crise da covid-19.** Revista de História e Geografia ágora, Rio Grande do Sul, n.22, n.2, p.58-75, julho/dez, 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/agora/article/view/15461> Acesso em: 4 de fevereiro de 2021.

ISTOÉ. **Luiz Henrique Mandetta, ex-ministro da saúde: Bolsonaro é um sabotador da ciência.** Isto é, São Paulo, 05 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://istoe.com.br/bolsonaro-e-um-sabotador-da-ciencia/> Acesso em: 20 de fevereiro de 2021.

OMS. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19.> Acesso em: 20 de fevereiro de 2021.

SILVA, Letícia Batista; Castro, Marina Monteiro de Castro. **Serviço Social e Residência em Saúde: Trabalho e Formação.** Papel Social, Campinas, 2020. Vol.I

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros. **Serviço Social na política de saúde no enfretamento da pandemia da covid-19.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n.140, p.118-133. 2021.

CAPÍTULO 5

O TRABALHO E A CHEGADA DA VELHICE NA CONJUNTURA ATUAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE

Data de aceite: 24/05/2021

Jozadake Petry Fausto Virtorino
Pós-Graduanda em Saúde Pública pela Universidade EducaMais. Membro do NECAD – Núcleo de Estudos da Criança, Adolescente e Família (UFSC) e do Grupo de Estudos Virtual: Violência, Direito e Políticas Públicas (GEV/UFSC). Participante do Grupo de Estudos e Pesquisa trabalho, feminismo e Serviço Social. [Projeto de Extensão Faladeiras] (NESSOP/UFSC)
Florianópolis, SC
http://lattes.cnpq.br/3339996527225371

RESUMO: O envelhecimento é uma vitória do desenvolvimento e uma das maiores conquistas da humanidade. O presente artigo tem como objetivo conhecer os fatores mais importantes que podem influenciar no envelhecimento saudável para cada indivíduo, tais como: nível socioeconômico, atividade intelectual, valores culturais, estilo de vida, satisfação com o emprego, ritmo de atividades diárias e ambiente onde se vive. A metodologia adotada no presente estudo é a bibliográfica e qualitativa, e os resultados apontam que a transição dos trabalhadores para a aposentadoria é afetada pela dinâmica das transformações sociais de uma sociedade capitalista. Os trabalhadores quando não têm a correta orientação e as condições adequadas para o planejamento da sua saída dos postos de trabalho, na vida pós-trabalho podem apresentar crise de identidade e vulnerabilidade social. Por conseguinte, o planejamento para a vida pós-trabalho é essencial para garantir aos trabalhadores que irão se aposentar e/ou àqueles que decidem permanecer no ambiente de trabalho o seu bem-estar, seja em Instituições (públicas ou privadas) este é um dos desafios atuais a ser enfrentado no mundo do trabalho, caso esse momento não seja discutido, pode representar sentimentos diversos: de recusa, frustações e crise de identidade. Além disso, para atender as demandas advindas das formações das novas famílias, necessário se faz garantir os seus direitos, entre eles, o direito à aposentadoria digna, à segurança, à autonomia, ao acesso à informação e à educação pública de qualidade, à mobilidade e, principalmente, à saúde preventiva.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho. Velhice. Aposentadoria. Conjuntura atual.

WORK AND OLD AGE IN THE CURRENT SITUATION: CONTRIBUTIONS TO THE DEBATE

ABSTRACT: Aging is a victory for development and one of humanity's greatest achievements. Objectives: to know the most important factors that can influence healthy aging for each individual, such as: socioeconomic level, intellectual activity, cultural values, lifestyle, job satisfaction, pace of daily activities and the environment in which they live. The methodology adopted is that of bibliographic and qualitative study. Results: they point out that the transition of workers to retirement is affected by the dynamics of social changes in a capitalist society. When workers do not have the correct orientation and adequate

conditions for planning their leaving their jobs, in post-work life they can present an identity crisis and social vulnerability. Conclusion: Planning for post-work life is essential to guarantee older workers who will retire and / or those who decide to remain in the work environment their well-being, whether in institutions (public or private) this is one of the current challenges to be faced in the world of work, if this moment is not dealt with, it can represent an identity crisis. In addition, to meet the demands arising from the formation of new families, it is necessary to guarantee their rights, among them, the right to dignified retirement, security, autonomy, access to information and quality public education, to mobility and, mainly, preventive health.
KEYWORDS: Job. Old age. Retirement. Current situation.

INTRODUÇÃO

A longevidade mudou o cenário mundial — estamos vivendo mais. Ao envelhecer, a pessoa idosa[1] precisa enfrentar as transformações que lhe são impostas e, por conta disso, depara-se com questões relacionadas à identidade pessoal e social. Logo, passa a questionar o sentido da vida, uma vez que precisa reorganizar essas mudanças e as limitações advindas do processo de envelhecimento (SANTOS; CORTE, 2007).

Quando o idoso envelhece no ambiente de trabalho, aproxima-se o momento da aposentadoria, e isso faz com que ele continue sendo respeitado, valorizado, para se sentir preparado para o desligamento da vida-laborativa; que antes era pautada pelo cumprimento de horários e regras; agora, pelo cuidado com o seu equilíbrio emocional, financeiro e familiar, visando assim, à preservação de sua dignidade.

Ao aposentar-se, o número de contatos sociais que esse idoso tem, naturalmente diminui, limitando o elo com as pessoas que faziam parte do seu dia a dia, no trabalho; entretanto, poderá o idoso[2] assinar um novo contrato trabalhista, ou optar pela atividade autônoma, formando assim, novos elos sociais.

Cabe ressaltar que, em dias atuais, as pessoas já estão se cuidando mais. Os idosos, por exemplo, têm maior acesso aos recursos de saúde, sejam eles terapêuticos ou preventivos, esse é um fator importante para que o idoso continue ativo. Nesse cenário, porém, é importante lembrar que ainda há muito a se fazer, considerando-se que o processo de envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e implacável, o que solicita a consciência de toda a sociedade, sobretudo a brasileira, não só para seu iminente acontecimento, mas, principalmente, diante dos conflitos sociais, políticos, culturais e econômicos derivando impactos nas mudanças nas famílias[3].

---

1 Atualmente, percebe-se uma ampla utilização de termos para se referir -se à pessoa idosa, como: Idade avançada, idoso, velho, terceira idade, melhor idade.

2 A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) considera idosos, nos países em desenvolvimento, toda pessoa acima de 60 anos. Para os residentes em países desenvolvidos, é considerado idoso aquele que tiver mais de 65 anos.

3 Na esteira da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), foram inseridas questões sobre a família, sendo que mesmo que existam diferentes tipos de famílias, ainda continua sendo a base de toda a Sociedade, e isso indefere da forma como ela se constitui. Assim sendo, existem diferentes tipos de famílias, mas tem em sua forma a função do zelo pelo cuidado para com os cidadãos, seja no âmbito público seja no âmbito privado. No momento, temos: a família Tradicional ou Nuclear (composta por pai, mãe e filhos), a família Monoparental (constituída por uma mãe

Segundo Beltrão, a família (1989, p. 17), vem sendo constituída por “grupo social no qual os membros coabitam unidos por uma complexidade muito ampla de relações interpessoais, com uma residência comum, colaboração econômica e no âmbito deste grupo existe a função da reprodução”. De sorte, a família é considerada a primeira Instituição de socialização do ser humano organizado como unidade-base de um alicerce, passando o indivíduo a ser, em breve, um integrante de toda a sociedade e que deve ter resguardado os seus direitos enquanto pessoa.

Para Sarmento *et al*. (2014, p. 207), só é possível compreender os direitos humanos “quando se reconhece a condição de sujeito àquele que implica verbo e ação, movimento de fazer e fazer-se enquanto autodeterminação que se realiza como poder, autonomia e vontade [...]”.

Assim, a questão a ser problematizada é: Quais as principais implicações frente ao desafio de envelhecer no ambiente de trabalho e do longe viver nas famílias brasileiras?

MÉTODO

Metodologicamente, optou-se por um estudo de aporte exploratório e qualitativo. Pesquisas como esta, propiciam maior proximidade com a questão do problema, e tem o intuito de, na discussão sobre o assunto, apresentar situações relevantes que visam contribuir para o entendimento de tais implicações. Em alguns casos, esse tipo de pesquisa pode abranger levantamento bibliográfico e entrevistas com diferentes pessoas. De ordinário, adota a forma de estudo de caso e de pesquisa bibliográfica (GIL. 2008).

Para Minayo (2002), a pesquisa qualitativa equivale a assuntos muito particulares. Isto é, o pesquisador que se interessa especificamente por (pesquisa qualitativa), empenha-se em estudar os motivos, os significados, as crenças, os valores, as aspirações e as atitudes, “o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. (MINAYO, 2002, p. 21–22).

O SIGNIFICADO DO TRABALHO NA CONJUNTURA ATUAL

É mediante o trabalho que o homem interage e estimula as forças da natureza, melhora seus conhecimentos e, assim, torna-se um ser social. Conclui-se, então, que o trabalho é um processo mútuo entre o homem e a natureza, sendo eles indissociáveis entre si.

De acordo com Bulla e Kaefer (2003, p. 5), “para o homem, o trabalho representa a

ou por um pai solteiro), a família Multiparental, combinada Pluriparental (por membros nascidos em outras famílias), Parental ou Anaparental (na qual todos possuem vínculos sanguíneos), Famílias formadas por duas pessoas que possuem uma relação afetiva do mesmo sexo, famílias compostas sem a presença de pai ou de mãe, onde o irmão mais velho é responsável pelo cuidado do irmão mais novo, a família reconstituída, composta por um padrasto ou por uma madrasta, a família Homoafetiva e Homoparentalidade (com adoção de filhos).

própria vida, ainda mais em uma sociedade capitalista, na qual o homem sem o trabalho é considerado improdutivo, sendo excluído socialmente".

Na lógica capitalista, o labor tem um novo significado presente nas relações trabalhistas, advindo do surgimento de máquinas na industrialização; fato esse que propiciou a divisão e a sofisticação do trabalho, tendo como consequência o aperfeiçoamento do processo capitalista. (NETTO; BRAZ, 2012).

No mundo do trabalho, o idoso, ao aceitar ser contratado, contribui para o desenvolvimento social, político e econômico do seu país. Além disso, o trabalho é considerado o principal meio de manutenção da vida, e é por intermédio dele que grande parte dos indivíduos consegue alcançar a autonomia, o *status* social, os bens materiais, a satisfação pessoal e a aposentadoria. "O afastamento do trabalho faz com que o tempo livre não esteja mais relacionado com o conjunto de atividades diárias que faziam parte de sua vida. [...] Haverá diminuição no círculo de amizades ligadas ao trabalho" (KUNZLER, 2009, p. 69), e consequentemente, maior convivência com a família, que poderá ser tranquila ou complicada.

Podemos dizer que o trabalho é um elemento importante para que o homem consiga se manter, e satisfazer grande parte das suas necessidades, sejam elas individuais ou em grupo. Além de ser um meio de produção e reprodução da força de trabalho, ele também se constitui em um processo de construção de relações sociais. A respeito disso, Zanelli (1996) discorre:

> A identidade de cada um solidifica-se quando corroborada por outras pessoas que configuram objetivos similares. Criam-se vínculos, desenvolvem-se afetos. [...] Quanto mais estreita as relações e maior satisfação pelo convívio com o grupo, somadas aos laços com o trabalho em si e aos projetos que se tenha, mais dificuldades pode-se ter no rompimento. É o que se vê acontecer tanto no desemprego como na aposentadoria. (ZANELLI, 1996, p. 25).

Diante disso, é oportuno dizer que muitos indivíduos, após vários anos de atuação profissional, passam a viver suas experiências de trabalho como se a vida fosse o trabalho, e o trabalho fosse a vida.

A SAÍDA DO TRABALHO E A CHEGADA DA VELHICE PODE OCASIONAR CRISE DE IDENTIDADE, CASO O TRABALHADOR NÃO SE PREPARE PARA ESSE MOMENTO

Desligar-se do trabalho poderá representar ruptura nos referenciais do sujeito, e a perda do convívio com o trabalho poderá ocasionar, por vezes, dificuldades emocionais e angústias. No que tange a essa temática, Gomes (2008) corrobora:

> A profissão é uma das categorias para identificar alguém. Geralmente, em nossa sociedade, a pergunta mais comum depois do nome está relacionada ao que essa pessoa faz, em que ela trabalha ou qual é a sua profissão. É através da profissão, ocupação, função, atividade ou emprego que os

indivíduos exercem, que muitos se reconhecem (GOMES, 2008, p. 57).

Sobre isso, Barbosa e Traesel (2013) destacam com propriedade

> Assim, além de um sujeito se deparar com sua crise de identidade e conflito em relação à sua existência como ser social, ele deverá enfrentar, em breve, uma nova etapa do desenvolvimento humano: a velhice (BARBOSA; TRAESEL, 2013, p. 217).

É comum que, dentro das organizações, alguns indivíduos, mesmo tendo já o tempo legal necessário para se aposentarem, sejam convidados a permanecer no mesmo local de trabalho, e eles, mesmo estando aptos para a aposentadoria, às vezes preferem continuar a desenvolver as mesmas atividades e decidem não sair, pois naquele momento, não encontram outra pessoa para fazer o trabalho que fizeram durante anos.

Acerca disso, Kiliminik (2015) dá a sua contribuição e pondera:

> Então, a centralidade do trabalho pode ser entendida como nível de importância que o indivíduo atribuiu ao trabalho em sua vida, sendo este nível influenciado por valores próprios, que ao longo do tempo, podem sofrer alterações (KILIMNIK *et al*. 2015, p. 11).

Nesse sentido, França e Soares (2009) explicam:

> O desafio está em identificar aqueles que desejam, precisam e têm condições de continuar no mesmo tipo de trabalho, e aqueles que desejam um trabalho diferente ou mesmo que queiram se aposentar definitivamente, e assim, apoiá-los nessa fase (FRANÇA; SOARES, 2009, p. 742).

Nessa estreita relação entre trabalho e empregado, Coda (1996) explica que podemos encontrar duas concepções diferenciadas em relação à conduta humana, dentro do local de trabalho: a motivação e a satisfação:

> Motivação é uma energia direta ou intrínseca, ligada às próprias necessidades humanas, ao significado e à natureza do próprio trabalho realizado. Satisfação é uma energia indireta ou extrínseca, ligada a aspectos como salário, benefícios, reconhecimento, chefia, colegas e várias outras condições que precisam estar atendidas — fundamentalmente a partir da ótica do empregado — no ambiente de trabalho (CODA, 1996, p. 6).

Após longos anos de trabalho, é evidente a construção de laços de amizade; contudo, o trabalhador, ao se encontrar em outra fase de sua vida, em razão do desligamento do mundo laboral, perceberá que suas relações sociais, sobretudo a sua autoimagem poderão ficar abaladas. Para tanto, faz-se imprescindível que novos vínculos laborativos sejam estabelecidos, e o planejamento nessa etapa de transição é fundamental. Por fim dizer que, diante do crescimento do número de idosos no mercado de trabalho, é preciso construir alternativas para essa fase de transição entre o trabalho e a velhice, com vistas a reduzir os impactos na vida pessoal e social dos indivíduos, levando-se em consideração a perda dos "*espaços* e *status"* que a saída da vida laborativa lhes ocasiona, pois somente assim será mais tranquilo o enfrentamento de situações adversas diante das mudanças advindas

após os 60 anos de idade.

A TERCEIRA IDADE VISTA COMO UMA NOVA FASE DA VIDA: ACEITÁ-LA OU NÃO

A terceira idade é uma nova fase da vida, é um período em que o idoso pode viver de tristeza e de negação, ou optar por viver momentos de felicidade e de novas possibilidades; porém, isso dependerá da compreensão que cada um tem sobre si próprio, e ainda, do mundo, uma vez que o isolamento, a não realização de seus projetos, e a baixa estima, não são consequências do envelhecimento, mas sim, de uma prática daqueles que se entregam ao negativismo e associam essa ideia às pessoas mais velhas.

Uma velhice feliz requer dedicação ao longo da vida (física, emocional, alimentar). É preciso ter realizado boas práticas para que o corpo se mantenha em perfeitas condições de funcionamento. Assim como "o lazer na velhice poderá resgatar o sentido da vida, a dignidade humana, a autoestima e, em consequência, propiciar a alegria de viver". (LAZZARESCHI, 2002, p.183).

A bela velhice é aquela que caminha sem pressa, sem que o idoso seja acometido de nenhum tipo de deficiência, e ainda consiga seguir o decurso da vida com autonomia: é a "capacidade ou o direito de o indivíduo poder eleger, ele mesmo, as regras de sua conduta, a orientação de seus atos e os riscos que está disposto a correr, além da possibilidade de realizar suas atividades sem a ajuda de terceiros" (VIEIRA, 1996, p. 23).

Nesse caso, é possível identificar a velhice e as transformações do corpo em três dimensões. **A velhice biológica**, que se apresenta como uma dura realidade — quando o corpo é compreendido como um organismo que tem suas funções, e a velhice, como as alterações que nele acontecem. **A velhice psicológica,** é a mais temida — quando consideradas a ameaça e a possiblidade de perda da capacidade mental, e por fim, **a velhice social**, o corpo não é visto como ele é, mas como a ideia do que ele concebe. A experiência do envelhecimento que nele é vivida, manifesta o desejo de manter a juventude e ter o prazer de se sentir sempre belo. É por isso que "não importa a quantidade de anos que o indivíduo tem, mas sim, o que ele fez com os anos vividos, e como a sociedade trata alguém com aquela idade (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p.03).

Isto posto, devemos considerar que vários fatores podem influenciar na conquista da qualidade de vida, no entanto, é necessário que haja o engajamento da pessoa idosa por intermédio de grupos de convivência ou de orientação nutricional, com ênfase, principalmente, nos grupos de atividades físicas. A combinação desses fatores pode contribuir para que o idoso alcance uma vida saudável e, portanto, a longevidade.

Desde a infância até a idade adulta, trazemos muitas incertezas quanto ao envelhecimento e à chegada da velhice, mas não podemos nos esquecer de que nós somos autores de uma grande parte de nossas escolhas e, como resultado, de nossas

omissões, e é por conta disso que devemos definir como empregamos e com que prazer vivemos o nosso tempo, "que é afinal sempre tempo presente". (KUNZLER, 2009).

Com a chegada da velhice, o corpo começa a revelar sinais de limitação, mas a mente se mantém sempre aguçada para conhecer coisas novas. Ressaltando que o grande desafio da velhice é arriscar todos os dias a abrir a mente para novos campos de possiblidades. Como bem nos assegura Schachter-Shalomi, Z.; Miller, R. S., (1996, p. 25).

> Da infância à idade avançada, somos como trens que deslizam sobre trilhos altamente regulares que nos levam a destinos previsíveis. Quando a terceira idade se aproxima, chegamos ao fim da linha e descobrimos que a administração da ferrovia não previu mais trilhos. Temos que saltar do trem e caminharmos para onde? Qual é o nosso próximo destino?

Sendo assim, o ato de envelhecer é complexo, e está atrelado a um conjunto de elementos, quais sejam: emoções, convivências familiares, sentimentos, hábitos e manutenção de uma alimentação saudável, ligados às condições de vida de cada um, isto é, o aumento da longevidade, acrescido do desejo de continuar sempre produtivo(a), pois quando a pessoa idosa consegue se manter ativa, os 70 anos passam a ser encarados como 50.

ENVELHECIMENTO E A IMPORTÂNCIA DA SUPERAÇÃO DE MITOS E PRECONCEITOS

"A idade da velhice não tem preconceito. Chega para qualquer um"

(Nonato Montes)

O aumento da longevidade de pessoas idosas no Brasil está relacionado com a diminuição da taxa de fecundidade e de mortalidade. Além disso, há de se considerar as melhorias nas condições de vida das pessoas idosas, advindas, normalmente, das políticas públicas e sociais implementadas até o momento, fato que proporcionou a essa população, mediante a informação/educação, a medicina e a tecnologia, maior qualidade de vida, essencialmente na questão da saúde. Mas, apesar do caráter inovador das Leis de proteção ao idoso, e do avanço da medicina e das tecnologias, ainda há um longo caminho a percorrer, sobretudo, porque o idoso ainda é alvo de muito preconceito.

Para entender o processo de envelhecimento e a superação dos mitos e preconceitos, antes de tudo, é necessário ter um entendimento da complexidade e da totalidade do ser humano, já que os aspectos culturais e estruturais tais como: classe, gênero, etnia e as condições sociais e econômicas de acesso à saúde e à educação, influenciam na maneira de agir de cada pessoa, seja no singular ou no coletivo, pois estes fatores não estão dissociados.

Logo, a sociedade que não valoriza o sujeito diante das mudanças advindas do decurso do envelhecimento, pelo contrário, que o marginaliza, comete o que chamamos de

"violência". Ao envelhecer, a pessoa idosa necessita ser reconhecida pelos seus feitos, e assim, pelo reconhecimento de sua trajetória, refazer a sua identidade. Nesse sentido, Tap (1979) apresenta o seu ponto de vista, e indica que:

> Pela ação e produção de obras, o indivíduo se valoriza aos olhos do outro e, em contrapartida a seus próprios olhos, isto é tão verdadeiro que eles têm necessidade de ser reconhecidos, amados, admirados, aceitos pelo outro para confirmar seus próprios poderes e desenvolver o sentimento fundamental de ser causa e efeito, assim como o sentimento de que é valorizado pelo outro e por si mesmo (TAP, 1979, p. 9).

Ainda assim, a velhice é um assunto que muitos, se pudessem, não falariam sobre, pois o ato de envelhecer provoca mudanças, quer na rotina quer na identidade das pessoas, e, é por essa razão que **"muitos temem o envelhecer".** Pacheco (2005, p. 65) descreve que: "O ser humano envelhecido nos é apresentado pela ideologia dominante, como o aparelho ultrapassado. Fala, mas ninguém quer!" Logo é importante salientar que esses tipos de

> estereótipos em relação à velhice comprometem a possibilidade de uma qualidade de vida melhor. Em nosso meio, a velhice é comumente associada a perdas, a incapacidades, à dependência, à impotência, à decrepitude, ao desajuste social, aos baixos rendimentos, à solidão, à viuvez, à cidadania de segunda classe, e assim por diante. O idoso é chato, rabugento, implicante, triste, demente e oneroso. Generalizam-se características de alguns idosos para todo o universo. Tal visão estereotipada, aliada à dificuldade de distinguir entre envelhecimento normal e patológico, senescência e senilidade, leva à negação da velhice, ou à negligência de suas necessidades, vontades e desejos (PASCHOAL, 2002, p. 82).

Assim, resumidamente, apresentamos em cinco tópicos alguns mitos e preconceitos criados a respeito desse fenômeno da vida humana, o longe viver: 1) A pessoa idosa tem dificuldade ou é incapaz de aprender coisas novas; 2) Eles se mantêm estáticos, tanto no pensamento quanto no comportamento; 3) O fator genético seria o suficiente para que a pessoa idosa garantisse a qualidade de vida na velhice, não importando os seus hábitos de vida; 4) Os idosos são frágeis e não suportam tratamentos médicos mais prolongados, e isso independe dos benefícios; 5) Os idosos estão sempre cansados e indispostos e, portanto, não têm mais utilidade laborativa.

Para compreendermos melhor a luta contra a discriminação e a violência contra a pessoa idosa, Nery no ano de (1999, p. 25) já apontava a importância da educação permanente da população, incluindo todas as idades para

> superar não só os estereótipos sobre o idoso e a velhice, como também as práticas discriminatórias em relação aos que envelhecem". Estereótipos tais como se considerar que "a velhice é uma experiência psicológica, social e culturalmente homogênea; que os mais velhos são uniformemente frágeis, dependentes, improdutivos e que, coletivamente, representam ônus para as sociedades.

Entendemos que a competência de exercer as liberdades fundamentais se faz pela plena efetivação de todos os direitos humanos, para que as pessoas possam manter suas habilidades físicas e mentais, aproveitando-as também, para a prática do trabalho, promovendo dessa forma, a sua inclusão social.

> **São direitos das pessoas idosas:** O respeito é essencial e extremamente importante dentro de qualquer relacionamento e, no universo da pessoa idosa, ser respeitado pode traduzir-se nas seguintes garantias: I – Direito de envelhecer II – Liberdade, respeito e dignidade III – Alimentos IV – Saúde V – Educação, cultura, esporte e lazer VI – Exercício da atividade profissional e aposentar-se com dignidade VII – Moradia digna VIII – Transporte IX – Política de atendimento por ações governamentais e não governamentais X – Atendimento preferencial XI – Acesso à justiça (NASCIMENTO *et al*., 2021, p. 5).

De fato, atualmente as pessoas idosas têm maiores oportunidades de se cuidar e, a partir dos sinais oriundos do envelhecimento, com o auxílio de tratamentos e cuidados com o corpo, é possível retardar os danos causados pela idade. Logo, os idosos estão cada vez mais informados sobre as doenças que debilitam a terceira idade e sabem o que fazer para preveni-las. (ALVES C.; ALVES S., 2011). Todavia, é necessário observar que se considerarmos as desigualdades sociais e demográficas no Brasil, podemos constatar que nem todos os idosos têm acesso às mesmas oportunidades. Sobre esse assunto, Veras (2009, p. 550) expõe que:

> (...) a OMS recomenda que as políticas de saúde na área do envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços). Com particular ênfase para as questões de gênero e as desigualdades sociais.

O debate em relação ao trabalho e a chegada da velhice na conjuntura atual nos parece pontual, uma vez que traz para a temática, além das inovações da tecnologia e da medicina, os desafios do longe viver, tanto no cenário brasileiro quanto no cenário mundial.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL — MUDANÇAS NA ESTRUTURA E NAS FUNÇÕES DA FAMÍLIA (ARRANJOS FAMILIARES)

Na atual sociedade brasileira, mudanças e avanços aconteceram, entre eles destacam-se as separações entre casais, o uso de métodos contraceptivos, o desenvolvimento das indústrias, as novas tecnologias de informação e a saída da mulher de dentro de seu lar para ocupar um espaço no mercado de trabalho, o que, de fato, trouxe a ela autonomia e empoderamento. Hoje, as mulheres podem decidir se querem casar ou não; ter filhos ou não. O aumento da expectativa de vida das pessoas, devido ao avanço da medicina, das novas tecnologias e da implantação de políticas públicas/sociais proporciona, dessa maneira, a melhoria da qualidade de vida e, sobretudo, a longevidade

das pessoas.

Biroli (2014) comenta que a complexidade da formação dos arranjos familiares no mundo contemporâneo amplia-se ainda mais, considerando que esses aspectos estão diretamente ligados às relações de trabalho e ao seu impacto na vida pessoal, uma vez que a vida íntima dos indivíduos é intrínseca à vida profissional, às relações de poder e de seus efeitos no cotidiano. Fonseca e Cardarello (2009, p. 242) esclarecem que “[...] hoje, mais do que nunca, a família pobre — lembrando que esse fato não diz respeito à questão estrutural -, é [apontada] culpada pela situação em que se encontram seus filhos”.

Com o processo industrial e a produção de bens e serviços em alta, as atividades familiares foram se modificando e se restringindo. Ao se separar o campo do trabalho do meio familiar, favoreceu-se o processo de modificação da família, do público para o privado. Outros dados que sofreram mudanças dizem respeito aos fatores econômicos, aos processos de industrialização e à urbanização. Esses foram os principais motivos que provocaram as primeiras grandes modificações das famílias. À vista disso, somos hoje consequência de todo esse processo, somos uma população ampla, em constante desenvolvimento que se encaminha para a velhice.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que nascemos, nossos pais nos dizem que o trabalho tem grande importância para a vida, pois é por meio dele que adquirimos autonomia financeira para garantir a manutenção da vida. Todavia, trabalha-se tanto, que quando o trabalhador se dá conta, a velhice chega, sem avisar, e quem não se prepara para esse momento fica frustrado.

Diante disso, garantir aos trabalhadores mais velhos — que irão se aposentar, e àqueles que decidem permanecer no ambiente de trabalho — o seu bem-estar dentro das Instituições (públicas ou privadas) é um dos desafios atuais a ser enfrentado no mundo do trabalho. E caso esse momento não seja bem discutido, pode representar sentimentos diversos: de recusa, frustações e crise de identidade.

Para o trabalhador, a aposentadoria se apresenta como um desafio, já que a preocupação que ela traz para grande parte das pessoas está ligada aos aspectos financeiros. O trabalhador, principalmente aquele que se encontra em fase de transição para a aposentadoria, deve traçar caminhos (com antecedência mínima de dois anos) com vistas a construção de uma nova linha de vida/projetos para viver com dignidade, segurança e bem-estar social.

Com relação ao envelhecimento humano, este é um processo amplo, complexo e multifatorial. Entretanto, a variabilidade do envelhecer depende de cada pessoa, seja por questões genéticas seja por questões culturais, e isso irá refletir em diferentes formas de velhices, apresentando-se em um amplo conjunto de variáveis. A idade em si, não necessariamente demonstra a idade cronológica que a pessoa tem, ela é apenas uma

constatação que serve para provar o decurso do tempo, pois as pessoas já estão cuidando mais da sua aparência. Assim, para atender as demandas advindas das novas formações das famílias, é preciso que sejam garantidos os seus direitos, entre eles, o direito à aposentadoria digna, à segurança, à autonomia, ao acesso à informação e à educação pública de qualidade, à mobilidade e, em especial, à saúde preventiva.

Portanto, é preciso, de fato, estar disposto a se engajar de corpo e alma para desenhar um novo horizonte, pautado nas cores da ampliação dos direitos humanos, embasados sempre na justiça e na equidade social. Ademais, é fundamental que as políticas públicas e sociais [*in loco*] sejam voltadas tanto para o novo quanto para quem está envelhecendo, a fim de ter como base o atendimento por excelência e o respeito ao próximo.

REFERÊNCIAS

ALVES, Cíntia Martins; ALVES, Shyrlleen Christieny Assunção**. Aposentei e agora? Um estudo acerca dos aspectos psicossociais da aposentadoria na terceira idade.** Unileste–MG, v. 7, 2011. Disponível em: https://www.yumpu.com/pt/document/read/43544322/aposentei-e-agora-um-estudo-acerca-dos-aspectos-unileste. Acesso em: 23 fev. 2021.

BARBOSA, Tamires Machado; TRAESEL, Elisete Soares. Pré-aposentadoria: um desafio a ser enfrentado. **Barbaroi**: Revista do Departamento de Ciências Humanas, Santa Cruz do Sul, p. 215-234, 2013. Semestral. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2053/2728. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 5 de outubro de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 fev. 2021.

BELTRÃO, P. C. (1989), **Sociologia della famiglia contemporanea**, Roma, PUG.

BIROLI, Flávia. **Família:** Novos Conceitos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014. 88p. Disponível em: http://redept.org/uploads/biblioteca/colecaooquesaber-05-com-capa.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.

BULLA, Leonia Capaverde; KAEFER, Carin Otília. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 2, p. 1–8, 2003. Disponível em: Vista do Trabalho e Aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado (pucrs.br). Acesso em: 28 fev. 2021.

CODA, Roberto. **Revista Profissionalização** – O Diferencial da Competitividade. Banco do Brasil, nov, 1996, p. 6.

FONSECA, C.; CARDARELLO, A. D. L. Direitos dos mais e menos humanos. In: FONSECA, C.; SCHUCH, P. Políticas de proteção à infância: um olhar antropológico. Porto Alegre: Ed. UFRGS, p. 219-252, 2009.

FRANÇA, Lucia Helena de Freitas Pinho; SOARES, Dulce Helena Penna. Preparação para a Aposentadoria como parte da Educação ao Longo da Vida. **Psicol. cienc. prof**. 2009, v. 29, n. 4, p. 738–751. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400007. Acesso em: 23 fev. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Adriana. **Mudança de Carreira e Transformação da Identidade**. São Paulo: Lcte, 2008. 126p.

KILIMNIK, Zélia Miranda *et al*. O significado do trabalho: um estudo com professores de administração em uma universidade. **Revista Lugares de Educação** [RLE], Bananeira-PB, v. 5, n. 11, p. 3–27, 2015. Disponível em: http://periodicos.ufpb.br/index.php/rle/article/view/17910/17910-49605-1-PB. Acesso em: 23 fev. 2021.

KUNZLER, Rosilaine Brasil. **A ressignificação da vida cotidiana a partir da aposentadoria e do envelhecimento.** 2009. Tese de Doutorado em Serviço Social – Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Cap. 3. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2009-05-08T120029Z-1897/Publico/411382.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

LAZZARESCHI, N. Lazer: a recuperação do sentido da vida na velhice. ***Revista Kairós***, São Paulo, v.5, n.1, p. 181-200, jun. 2002.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução à filosofia de Marx.** 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 128 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al*. (org.). **Pesquisa Social Teoria Método e Criatividade.** 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. Cap. 1. p. 09–29. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.

NASCIMENTO, Grasiele Augusta Ferreira *et al*. **Cartilha de Direitos Humanos das Pessoas Idosas**: atualizada com as Leis 13.466/17 e 13.535/17. Atualizada com as Leis 13.466/17 e 13.535/17. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/ptbr/assuntos/noticias/2018/marco/copy_of_CartilhaUNISAL.pdf/view. Acesso em: 26 fev. 2021.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política:** Uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Orgs.). **Velhice e Sociedade.** Campinas: Papirus, 1999.

OMS — ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Suíça: OMS, 2015. 30 p. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.

PACHECO, J. L. **Sobre a aposentadoria e envelhecimento.** In J. L. Pacheco, J. L. M. Sá, L. Py & S. N. Goldman (Orgs.). Tempo rio que arrebata (pp.59-73). Holambra: setembro, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. (2002). Qualidade de vida na velhice. Em: E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. Gorzoni & S. M. Rocha. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** pp.79-84. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SARMENTO, Hélder Boska de Morais; OURIQUES, Ciberen; SARMENTO, Rosana Souza de Morais. Direitos Humanos na Perspectiva dos Sujeitos Políticos: Direitos Humanos. In: FAGUNDES, Helenara Silveira *et al*. Questão Social e Direitos Humanos. **Serviço Social**, 2. ed, cap. 2, p. 197-208. Florianópolis: UFSC, 2014.

SCHACHTER-SHALOMI, Z; MILLER, R. S. ***Mais velhos mais sábios:*** uma visão nova e profunda da arte de envelhecer. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

SCHNEIDER, R. H; IRIGARAY, T. Q. **O envelhecimento na atualidade:** aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia. Campinas, 2008, 25(4), p. 585-593. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf. Acesso em 23 fev. 2021.

TAP, P. (1985) Masculin et Féminin chez P Enfant. Toulouse: Privat.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548–54, 2009. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf?. Acesso em: 22 fev. 2021.

Vieira, E. B. (1996). *Manual de gerontologia: um guia prático para profissionais, cuidadores e familiares.* Rio de Janeiro: Revinter.

ZANELLI, José Carlos. **Programa de Preparação para Aposentadoria.** Florianópolis: Insular, 1996.

CAPÍTULO 6

ASSÉDIO MORAL: ESTRATÉGIAS CONTEMPORÂNEAS DE CONTROLE DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Data de aceite: 24/05/2021
Data de submissão: 15/03/2021

Pedro Leonardo Cedrola Vieira
Assistente Social. Mestre e Doutorando em Economia Doméstica (UFV)
Viçosa, MG
http://lattes.cnpq.br/0878941973296652

Gabriela Santos Gomes
Graduanda em Serviço Social (UFV)
Viçosa, MG
http://lattes.cnpq.br/5490001366559373

Michelle Noce
Graduanda em Serviço Social (UFV)
Viçosa, MG
http://lattes.cnpq.br/5673214883896314

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo analisar as demandas levadas ao Setor de Orientação e Fiscalização do CRESS - 6ª Região – Seccional Juiz de Fora/MG – que em alguns casos podemos inferir que há a prática do assédio moral como uma nova gestão das relações de trabalho no atual contexto da reestruturação produtiva, com enfoque na categoria profissional dos assistentes sociais. Os estudos realizados demonstraram algumas das situações vexatórias e humilhantes a que são submetidos os assistentes sociais em suas atividades laborais. Esses possuem vínculos de trabalhos cada vez mais frágeis e, são vítimas de assédio moral de seus chefes diretos e indiretos, colegas de trabalho e até mesmo dos próprios usuários das políticas em que estão inseridos. Esse fenômeno traz consequências devastadoras a assistentes sociais nos mais diversos espaços sócio ocupacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho do(a) Assistente Social. Controle do Trabalho. Assédio Moral.

MORAL HARASSMENT: CONTEMPORARY STRATEGIES TO CONTROL THE WORK OF THE SOCIAL WORKER

ABSTRACT: The purpose of this article is to analyze the demands made to the Guidance and Inspection Sector of the CRESS - 6th Region - Juiz de Fora / MG Section - that in some cases we can infer that there is the practice of moral harassment as a new management of labor relations in the current context of productive restructuring, focusing on the professional category of social workers. The studies carried out have demonstrated some of the humiliating and vexatious situations that social workers are subjected to in their work activities. These have links of increasingly fragile jobs and are victims of moral harassment of their direct and indirect bosses, co-workers and even the users of the policies in which they are inserted. This phenomenon has devastating consequences for social workers in the most diverse social and occupational spaces.

KEYWORDS: Assistant Social Work. Work Control. Moral Harassment.

1 I INTRODUÇÃO

Amparada pela Resolução CFESS n 512/2007 que reformula as normas gerais para o exercício da fiscalização profissional e atualiza a Política Nacional de Fiscalização que estabelece os parâmetros para prevenção, orientação e fiscalização do exercício profissional, bem como as competências das Comissões de Orientação e Fiscalização – COFI[1]propiciam uma apreensão in lócus da realidade de todos os espaços sócio ocupacionais dos assistentes sociais, quais sejam: na esfera estatal, na empresarial, no sócio jurídico, no Terceiro Setor (incluindo ONG"s, Institutos e Instituições). Além disso, todas as frentes de trabalho deste órgão oportunizam a aproximação ao trabalho profissional do assistente social. Estas frentes de trabalho possibilitaram compreender quais são as condições de trabalho, particularidade do trabalho na sociedade capitalista em face da relação de compra e venda da força de trabalho e, em especial, o trabalho do assistente social que se processa no âmbito das contradições das classes sociais.

Assim sendo, é preciso demonstrar como diz Yazbek (2001) "no tempo miúdo do trabalho cotidiano" (2001. p.34), nas situações singulares com que o assistente social se defronta no exercício profissional, o potencial renovador da profissão na afirmação dos direitos sociais dos cidadãos e cidadãs a partir das diretrizes do projeto ético-político construído no contexto histórico de transição dos anos 1970 aos 1980, num processo de redemocratização da sociedade brasileira, recusando o conservadorismo profissional presente no Serviço Social brasileiro. Seu amadurecimento se dá na década de 1990, período de profundas transformações societárias que afetam a produção, a economia, a política, o Estado, a cultura, o trabalho, marcados pelo modelo de acumulação flexível e pelo neoliberalismo.

As principais questões relacionadas ao exercício profissional deparadas no Conselho Regional de Serviço Social – Seccional de Juiz de Fora – MG estão relacionadas, por exemplo, as condições de trabalho inadequadas à Resolução 493/06, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social; descumprimento por parte do empregador da jornada de trabalho de 30 horas semanais conforme Lei 12.370/2010; desrespeito às prerrogativas do assistente social (sigilo e autonomia profissional); solicitações abusivas por parte das autoridades judiciais bem como do INSS aos assistentes sociais que atuam na política de Assistência Social dos municípios, para a realização de pareceres/estudos sociais, sem remuneração; demanda pela realização de atribuições incompatíveis com a profissão.

Frente ao exposto podemos inferir que há casos de "assédio moral" no exercício da profissão, quando os assistentes sociais não acatam as determinações das instituições sem questionamentos, considerando as seguintes características observadas: isolamento

1 Comissão de Orientação e Fiscalização. Essa comissão é instalada junto ao Setor de Orientação e Fiscalização – SOFI, sendo uma das principais frentes de atuação do Conselho junto a categoria profissional. Vale destacar ainda que a execução desse serviço tem como princípio um caráter formativo/educativo junto aos assistentes sociais.

do profissional na instituição, sendo o mesmo impedido de exercer as atividades pertinentes ao seu cargo; agressões verbais e em alguns casos até mesmo físicas, gerando o adoecimento e afastamento do trabalho.

Seguindo essa linha de investigação, buscaremos traçar o que os autores definem como o fenômeno do assédio moral e a partir disso, entender as expressões desse fenômeno dentro da profissão dos assistentes sociais. Sabe-se, contudo, segundo Behring (2003) que:

> [...] este processo está inserido em um contexto político; econômico, cultural e social mais amplo, determinado pelas transformações do mundo do trabalho, em que as relações de trabalho estão flexibilizadas, fragmentadas e fragilizadas, conformando a estratégia do capital em dominar todas as esferas da vida social para a sua manutenção e reprodução". (BEHRING. 2003. p 123).

Na mesma lógica, o Estado tomado pelo ideário neoliberal, se exime de suas responsabilidades com as políticas sociais. O assédio moral no trabalho é um tema que se tornou uma forte preocupação social, fazendo com que várias áreas do saber, assim como o serviço social se debruçassem sobre o tema a fim de desvelar os impactos negativos que causa à saúde desses profissionais e ao bem-estar da vítima. É importante também salientar que esse problema não é novo, existindo, como nos mostra Ávila (2015), desde os primórdios das relações humanas. No entanto, sobretudo nas relações de trabalho é considerado um fenômeno novo sob o ponto de vista de sua visibilidade. A discussão acerca do tema no mundo do trabalho está em pleno desenvolvimento como mostram as publicações de médicos, psiquiatras, psicólogos, administradores e também assistentes sociais.

O assédio moral se desenvolve em qualquer relação de trabalho. A partir dos casos analisados, ainda que haja pouca produção no serviço social, podemos compreender os ataques em direção à categoria profissional como uma forma de controle sobre o trabalho profissional que está situado nas relações sociais da sociedade burguesa. Isso se dá frente às tentativas contínuas e incessantes de desqualificação profissionais, do não reconhecimento das atribuições que são privativas dos assistentes sociais e, ainda, como expõe Simões (2015) relações de assédio que visam infringir na sua autonomia profissional.

Esse estudo é relevante, na medida em que o trabalho desenvolvido pelos Conselhos Regionais, fundamentada em uma Política Nacional de Fiscalização (em concomitância com a Resolução CFESS no 512 de 2007) de cunho educativo, informativo e preventivo, é uma fonte de conhecimento da realidade profissional do trabalho dos assistentes sociais.

2 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

2.1 O trabalho dos assistentes sociais como trabalho coletivo

Conforme afirma Iamamoto (2009), o serviço social é uma profissão inscrita na divisão sócio - técnica do trabalho e, portanto, uma especialização do trabalho coletivo na sociedade. Desse modo, é partícipe do processo de produção e reprodução das relações sociais dadas no interior da sociedade capitalista. O assistente social participa da reprodução da sociedade de classe e de seu movimento contraditório. Esse profissional tem a questão social como seu objeto de intervenção, sendo essa definida por Iamamoto (2001) como:

> O conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto a apropriação privada da própria atividade humana –o trabalho- das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (IAMAMOTO, 2001, p. 16)

A questão social apresenta-se e materializa-se na vida dos sujeitos sociais por meio de multifacetadas expressões: desigualdade social, miséria, violência, pobreza, ou ainda, nas palavras de Iamamoto, "condensam múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características ético-raciais, relações com o meio ambiente e formações regionais [...]." (IAMAMOTO. 2009 A. p.27) Esta é, portanto, a contradição existente entre a relação capital e trabalho. No Brasil, a questão social deve ser pensada na transição da formação e fortalecimento da burguesia enquanto classe dominante ao capitalismo ao monopolista. Este processo transitório não foi realizado por uma burguesia forte, mas sim foi marcada pela democracia do grande capital, "pelo alto", tomando o poder de modo a preservar a ordem.

2.2 Principais demandas do Setor de Orientação e Fiscalização

Foi percebido que as requisições e acompanhamentos a assistentes sociais chegam junto à Secicional do Conselho Regional de Serviço Social em Juiz de Fora - MG das mais diversas formas: sejam por e-mails, contatos telefônicos, atendimentos presenciais e as visitas de fiscalização rotineiras. A partir dessas ações há uma grande produção de dados, informações e levantamentos que são de extrema importância para a categoria profissional, sendo estes, objeto dessa investigação.

Compreender as relações de assédio moral sofridas pelos assistentes sociais nas suas relações de trabalho oriundas dos empregadores, bem como dos usuários dos serviços prestados nos mais diversos espaços sócio ocupacionais se tornam objeto de estudo importante à categoria profissional, uma vez que possibilita a compreensão das relações de trabalho as quais a categoria profissional se insere no mercado de trabalho.

Nessa via, percebemos que os assistentes sociais têm sido pressionados a

quebrarem o sigilo profissional e de executarem tarefas que são de responsabilidade da justiça, como oferecer provas à justiça por meio de depoimentos, entrega de prontuários, elaboração de relatórios sobre usuários, fornecendo detalhes sobre a vida pessoal que podem ser usadas para diversas formas de punição: desde a criminalização até a discriminação alimentada por preconceitos. Nesse tocante, se pode inferir como a maior demanda levada a Seccional de Juiz de Fora -MG nos anos de 2015 à 2018, seja para esclarecimentos se de fato há a obrigatoriedade de cumprimento desses mandos judiciais, bem como, questioná-los, conforme aponta os dados dos relatórios, pareceres e questionários de visitas de fiscalizações da Seccional de Juiz de Fora.

Vale ressaltar que, sobretudo em municípios do interior, onde há em grande parte somente um ou no máximo dois profissionais, estes se veem acuados e temerosos em não cumprir pedidos oriundos de promotoria e varas judiciais. Ainda que não seja uma atribuição direta, acabam por realizar as dadas ordens.

Assistentes Sociais atuantes nos diversos órgãos municipais, sobretudo CRAS e CREAS realizam excessivas demandas que sobrecarregam seus serviços, fazendo com que haja um desvio de função na instituição empregadora e, para completar, não recebem por tais serviços, o que podemos considerar ser um trabalho escravo respondendo às solicitações judiciais para realização de estudos e pareceres, com prazo determinado. Em geral, esses prazos são impraticáveis. Quando não há o acatamento das determinações oriundas, por exemplo, do INSS, judiciário e ministério público sem questionamentos é observado, como se propõe a analisar este estudo, situações de assédio moral no exercício da profissão, onde são observadas, de acordo com os dados analisados junto ao CRESS 6ª Região as seguintes características: isolamento do profissional na instituição, sendo o mesmo impedido de exercer as atividades pertinentes ao seu cargo; agressões verbais e em pouco, casos até mesmo físicas, gerando o adoecimento e afastamento do trabalho.

Juntamente a esse contexto, é preciso destacar também as condições de trabalho precárias que são oferecidas aos profissionais (nesse caso, municípios de grande e pequeno porte, sem distinção) com baixíssimos salários, informalidade na forma de contratação, havendo inclusive a incidência de contratos de trabalho mensais e descumprimento da jornada de trabalho de trinta horas semanais.

A realização de concursos públicos, processos seletivos e ou processos seletivos simplificados (quando há somente análise curricular) por parte das prefeituras e demais órgãos e entidades é fiscalizada rotineiramente pelo CRESS, havendo a divisão, na particularidade de Minas Gerais segundo a área de abrangência de cada seccional.

O Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais – CRESS 6ª Região, de janeiro a outubro de 2016 fiscalizou cento e quatro editais de concursos / processos seletivos em todo Estado de Minas Gerais. Na sede do Conselho Regional em Belo Horizonte - MG, foram fiscalizados sessenta e dois editais, sendo quarenta e um destes já arquivados e por sua vez, vinte e um foram abertos processos administrativos, encaminhados a Assessoria

Jurídica para os procedimentos necessários. Na Seccional de Uberlândia - MG foram fiscalizados vinte editais, sendo que destes, apenas quatro foram encaminhados à sede para abertura de processos administrativos. Na Seccional de Montes Claros – MG não foram fiscalizados concursos/ processos seletivos, pois, a Seccional não contava com Agente Fiscal em seus quadros de funcionários. Assim sendo, no presente ano, o Setor de Orientação e Fiscalização (SOFI) fiscalizou vinte e dois editais entre concursos públicos, processos seletivos e processos seletivos simplificados. Destes, três foram abertos processos administrativos encaminhados para Assessoria Jurídica em Belo Horizonte.

Quando detectada a abertura de um edital junto ao Site PCI Concursos ou mesmo quando denúncias de irregularidades são feitas junto ao SOFI, o primeiro passo é realizar a leitura de todos os editais a fim de analisar quais encaminhamentos serão feitos, bem como, quais ofícios serão enviados tanto a empresa organizadora do concurso, bem como para as prefeituras ou órgãos empregadores responsáveis. Existem modelos de ofícios para determinadas situações que são identificadas e que devem ser notificadas, sejam elas, carga horária inadequada à legislação da profissão, ou seja, superior às trinta horas semanais, nomenclatura inadequada ao cargo/função, atribuições indevidas à função do assistente social, uso indevido da expressão Serviço Social e ainda um ofício que destaca as discrepâncias salariais entre os profissionais do Serviço Social em relação a outras profissões. Todos esses são enviados às Prefeituras, na pessoa do chefe do poder executivo e no âmbito das demais instituições, seus representantes legais.

A partir desse modelo, são elaborados e adequados seus conteúdos a cada caso específico, ressaltando as irregularidades encontradas e as medidas a serem tomadas em um determinado prazo estipulado em cinco dias úteis contados do recebimento da notificação.

Tratando novamente de maneira específica dos concursos fiscalizados na Seccional de Juiz de Fora no ano de 2016, foi notado maior incidência de envio de ofícios quanto à isonomia salarial, seguida do não cumprimento da carga horária de trinta horas semanais e em terceiro, atribuições incompatíveis ao exercício profissional do Assistente Social.

É possível inferir que onde a profissão não tem sua carga horária semanal respeitada, ou seja, superior às trinta horas semanais há também a incidência de uma não valorização salarial da categoria, com salários totalmente defasados em relação a outros profissionais, como se expressa no Edital do concurso público da Prefeitura de Piraúba - MG. Nesse edital, o salário de R$ 1.893,59 é aplicado em duas profissões distintas: ao Assistente social com carga horária semanal de quarenta horas e também ao Nutricionista, sendo que este cumprirá vinte horas semanais.

Há como exemplo ainda mais claro do não reconhecimento da profissão o Edital de concurso público da Prefeitura de Mercês - MG, oferecendo salário de R$ 800,00 para uma carga horária de quarenta horas semanais. Quando notificada, prefeitura respondeu ofício nos seguintes termos:

> [...] o ente federativo municipal possui competência constitucional prevista no art. 37 da CF/88 para se auto organizar, inclusive dispor sobre a carga horária de seus servidores, não possuindo os conselhos de classe competência para impor ao município obrigação constante em lei de eficácia nacional imposta tão somente a assistentes sociais empregados, cuja relação jurídica é regida pela CLT. (OFÍCIO INTERNO, CRESS – 2016).

Outro ponto frequente nos concursos, como já relatado é a incidência de nomenclaturas indevidas ao profissional de Serviço Social e também a formação exigida, que é “Bacharel em Serviço Social”. São encontrados termos como “Superior em Assistência Social”, “Ensino superior em Assistência” e até mesmo “Ensino Superior em Assistente Social”. Ao tratar especificamente de outro tema bastante frequente, as atribuições do Assistente Social, vale o destaque do edital de concurso público da Prefeitura de Serranos - MG que no texto das atribuições privativas fala em vários momentos os termos pareceres psicossociais, questão psicológica, visão psicológica e laudos psicológicos. Ter bastante claro os limites da atuação profissional do Assistente social é fundamental desde o momento de abertura de edital de concurso.

É percebido, ainda que de forma sutil e muitas vezes maquiadas que as requisições que chegam para o profissional de Serviço Social têm cada vez mais um caráter conservador, que visam ainda nos dias atuais, após toda afirmação da categoria profissional promovida ao longo das últimas sete décadas desqualificar as atribuições específicas e privativas dos assistentes sociais, bem como o a própria negação ao saber profissional dos assistentes sociais.

Formas como mencionadas no parágrafo anterior bem como as mais diversas e distintas maneiras de agressão tem sido direcionada aos profissionais de serviço social cotidianamente, o que torna cada vez mais necessário o entendimento dessas expressões de assédio moral para de fato combatê-las.

3 | CONCLUSÃO

Mudanças estruturais em todos os âmbitos são perceptíveis na cena contemporânea da sociedade capitalista nas esferas sociais, políticas, econômicas e culturais. As transformações no mundo do trabalho, protagonizadas pelo modelo de produção flexível afeta todos os trabalhadores, inclusive os assistentes sociais, inseridos nessa dinâmica. Segundo Antunes (2001), essa remodelagem trouxe graves consequências para o mundo do trabalho, como a crescente redução do operário fabril, flexibilização e desconcentração do espaço físico de produção, investida no novo proletariado determinados pelo trabalho precarizado, surgindo novas modalidades, como: terceirizados, subcontratados, „part-time‟, informais, entre outros, aumento do trabalho feminino e, principalmente, naqueles postos mais precarizados e desregulamentados, acentuamento dos assalariados médios e de serviços, exclusão dos idosos e dos jovens do mercado de trabalho, tendência

ao crescimento do trabalho infantil, expansão do trabalho social combinado, em que trabalhadores de diversas partes do mundo participam do processo de produção e de serviços. Somados a isso, no que tange ao Estado, o neoliberalismo tem modificado as formas de gestão das instituições, sendo que estas são empregadoras dos assistentes sociais.

Objetivamos demonstrar como essas prerrogativas do capital impactam o trabalho do assistente social, particularizando aqueles inseridos nas instituições da área de abrangência da Seccional de Juiz de Fora/CRESS – 6ª Região: verificamos, então, um cenário bastante desfavorável a estes profissionais, que constantemente vivenciam situações de assédio moral nas suas mais variadas formas de expressão, seja por suas chefias, seja pelos próprios colegas de trabalho, em alguns casos, os próprios assistentes sociais e também pelos seus usuários. Há, nesse sentido, a necessidade da categoria dos assistentes sociais, como integrante e partícipe da classe trabalhadora, engrenar lutas no sentido de garantir melhor visibilidade ao seu fazer profissional, garantindo que cada vez mais sua autonomia, como apresentado, sabe que é relativa, se torne plena e que as situações de assédio moral, como as apresentadas ao longo do texto não se torne cada vez mais, uma regra, presente dentro da categoria profissional.

Um levantamento realizado pela Agente Fiscal das demandas ao Serviço de Orientação e Fiscalização da Seccional de Juiz de Fora, com base nos atendimentos realizados aos Assistentes Sociais, no ano de 2016, por telefone e pessoalmente, demonstra que as transformações ocorridas na sociedade capitalista nas últimas décadas repercutiram fortemente no interior da classe trabalhadora, na qual se inclui o Assistente Social.

Com base nas demandas que chegam ao CRESS, Simões (2017) afirma que são expressões do assédio moral que buscam desqualificar o trabalho do assistente social, seja pela via da quebra do sigilo profissional, o não reconhecimento de suas atividades privativas, exposição dos profissionais frente aos demais membros do ambiente de trabalho e dos próprios usuários, execução de atividades, seja na imposição do seu fazer profissional, a fim de fornecer detalhes da vida de usuários que podem ser usados para diversas formas de punição: desde a criminalização até a discriminação alimentada por preconceitos.

O interesse oculto do assédio moral exercido entre os assistentes sociais, segundo Barroco (2015) está ligada a tentativa de que os assistentes sociais executem tarefas contrárias ao Código de Ética profissional e as suas atribuições legais. Há a tentativa de que a profissão seja partícipe, de forma coadjuvante de um moralismo punitivo presente na sociedade contemporânea frente as mais diversificadas expressões da questão social e que assim, como no passado, o serviço social se ajuste à missão (mais em um sentido de ministério) restauradora da lei e da ordem social.

O cenário apresentado nesse trabalho sinaliza e representa a realidade profissional dos assistentes sociais nos municípios da área de abrangência da Seccional de Juiz de

Fora – MG CRESS 6ª Região. Essa pesquisa abordou uma parte de Minas Gerais; contudo, a tendência de precarização e controle do trabalho pela via do assédio moral se estendem pelos demais municípios mineiros, assim como nos demais estados do país, conforme verificado em outras pesquisas.

Essas foram às contribuições que este trabalho alcança, sem qualquer pretensão de esgotar o tema, pelo contrário, com o objetivo de fomentar o debate e aguçar a sensibilidade dos assistentes sociais para manter acesa a discussão dentro da categoria profissional. Ao finalizar esse trabalho, devemos ter a certeza de que a busca por estudos relacionados ao tema da realidade profissional dos assistentes sociais deve ser contínua. A partir disso, uma série de outros caminhos podem ser traçados como objeto de estudo.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovani. O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boimtempo, 2000.

ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILLI, P. & FRIGOTTO, G. A cidadania negada: Políticas de exclusão na educação e no trabalho. São Paulo: Cortez, 2001.

_________________. A classe-que-vive-do-trabalho: a forma de ser da classe trabalhadora hoje. In: ANTUNES. R (org). Riqueza de miséria do trabalho no Brasil: Boimtempo, 2006.

AQUINO. I.G.C. O trabalho do assistente social e as estratégias contemporâneas de controle do trabalho: a questão do assédio moral. s/p. 29 agosto 2017. Viçosa, MG).

ÁVILA, R. P. As consequências do assédio moral no ambiente de trabalho. 2ª Ed. São Paulo: LTr, 2015.

BEHRING R.B. Brasil mostra a tua cara: dez anos depois. Revista Inscrita. Brasília, n. 13, ano 9 p. 16 a 21.

CFESS; Instrumentos para a Fiscalização do Exercício profissional do Assistente Social. CFESS, Brasília, 2007.

CFESS. Resolução nº 382/99- Política Nacional de Fiscalização. Brasília, 1999.

_______. Resolução 493/06 – Estabelece as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília, 2006.

_______. Resolução 556/09 – Procedimentos para efeito da lacração do material técnicosigiloso do Serviço Social. Brasília, 2009.

FERREIRA, H..D.B. Assédio moral nas relações de trabalho. São Paulo: Russell, 2004.

FREITAS, M. E.; HELOANI,R. e BARRETO, M. Assédio moral no trabalho. In: Psicologia Política . VOL. 8. Nº 15 . PP. 179 – 182. São Paulo. 2008.

GUEDES, M. N. Assédio Moral e responsabilidade das organizações com os direitos fundamentais dos trabalhadores. In: Revista da Amatra II, a.IV, n. 10. São Paulo, 2003.

HIRIGOYEN, Marie-France. Mal estar no trabalho: Redefinindo o assédio moral. Trad. De: Rejane Janowitzer. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

IAMAMOTO, Marilda V. Temporalis/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço social – Ano 2, n.3. Brasília: ABEPSS, 2001.

_________________. O Serviço Social na cena contemporânea. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília – DF, 2009a: Pág. 16 a 50.

RAICHELIS, R. O trabalho dos assistentes sociais na esfera estatal. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília – DF, 2009: Pág. 377 a 391.

RAICHELIS, R. e SILVA, O. O assédio moral nas relações de trabalho do (a) assistente Social: uma questão emergente. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 123, p. 582- 603.

SIMÕES, N. L. H. Autonomia Profissional do Assistente Social x Trabalho Assalariado. 2ª ed. Curitiba: Editora Prismas, 2016.

____________. O trabalho do assistente social e as estratégias contemporâneas de controle do trabalho: a questão do assédio moral. s/p. 29 agosto 2017. Viçosa, MG)

YASBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília – DF, 2009: Pág.125 a 141.

CAPÍTULO 7

A DISCIPLINA DE METODOLOGIA CIENTÍFICA NOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL EM PORTUGAL

Data de aceite: 24/05/2021
Data de submissão: 12/03/2021

Kathiuscia Aparecida Freitas Pereira Coelho
Docente da Universidade Estadual de Londrina – UEL e Doutora em Serviço Social e Política Social pela mesma instituição
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/5217948667934630

Olegna de Souza Guedes
Docente da Universidade Estadual de Londrina UEL
Doutora em Serviço Social pela PUC/SP e Pós-doutora pela Unesp
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/0777667779139932

RESUMO: O Serviço Social em Portugal foi reconhecido como curso superior universitário no ano de 1986, com importante apoio do convênio de cooperação técnica e científica firmado com o curso de Serviço Social da PUC-SP. A aproximação com o Serviço Social latino-americano, em especial o brasileiro, possibilitou seu amadurecimento teórico e o reconhecimento do grau de licenciatura[1]. Os anos 2000 demarcam um novo rumo para o Serviço Social português, com a adequação dos cursos ao Protocolo de Bolonha[2] e, a partir deste, a formação nesta área de conhecimento se expande, se aligeira e se volta à Europa, o que imprime à formação características peculiares. Sem normativas que orientem a formação dos assistentes sociais em Portugal, os currículos dos cursos de Serviço Social no país apresentam uma diversidade de conteúdos e a ausência de uma direção única que possa ser basilar a todos os cursos. Diante deste cenário, o presente artigo visa explanar acerca do destaque que a disciplina de Metodologia científica possui nos atuais currículos dos cursos de Serviço Social, ao nível da graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Formação profissional, serviço social, Portugal, metodologia científica.

THE DISCIPLINE OF SCIENTIFIC METHODOLOGY IN SOCIAL WORK IN GRADUATION[3] CURRICULUMS IN SOCIAL WORK IN PORTUGAL

ABSTRACT: Social Work in Portugal was recognized as a university degree in 1986, with important support from the technical and scientific cooperation agreement signed with the Social Work course at PUC-SP. The rapprochement with

1 Em Portugal, apenas os cursos de licenciaturas são considerados como curso superior universitário. Os cursos bacharelatos (bacharelados no Brasil) são considerados como cursos técnicos.

2 A **Declaração de Bolonha** é um Documento assinado por 29 Ministros da Educação de países europeus, reunidos na cidade de Bolonha (Itália) em 19/06/1999. Trata-se de mudanças nas políticas do ensino superior dos países signatários. A Declaração estabelece um sistema de créditos transferíveis e acumuláveis, homogêneos para os vários países, com três ciclos, sendo o primeiro básico e uniforme de três anos O processo Europeu, tornou-se numa realidade cada vez mais concreta e relevante para a União Europeia e os seus cidadãos. Após a Declaração de Bolonha, atualmente considerada um Tratado, pelos países signatários, criou-se Espaço Europeu do Ensino Superior. Maiores informações em Coelho, 2018.

3 Em Portugal, os cursos de graduação são denominados como cursos de 1º. Ciclos. Os mestrados como 2º. Ciclo e Doutorado como 3º. Ciclo. Como o presente resumo é apresentado em território brasileiro, utilizaremos a terminologia adotada pelo Brasil.

Latin American Social Work, especially the Brazilian, made possible its theoretical maturity and the recognition of the degree of degree. The 2000s set a new course for Portuguese Social Work, with the adaptation of courses to the Bologna Protocol and, from this point onwards, training in this area of knowledge expands, becomes lighter, and returns to Europe, which impresses training peculiar characteristics. Without regulations that guide the training of social workers in Portugal, the curricula of Social Work courses in the country present a diversity of contents and the absence of a single direction that can be the basis for all courses. In view of this scenario, this article aims to explain the emphasis that the discipline of Scientific Methodology has in the current curricula of Social Work courses, at the undergraduate level.
KEYWORDS: professional qualification, social work, Portugal, scientific methodology.

1 I A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL EM PORTUGAL

A primeira escola em Serviço Social surgiu em Portugal em 1935, por meio da criação do Instituto de Serviço Social de Lisboa, associada ao contexto sócio-político do Estado Novo da década de 1930, marcado por um modelo de estado autoritário e com particularidades no que se refere ao desenvolvimento capitalista na Europa.

Neste primeiro momento, de acordo com Branco (2009, pág. 62-63) a formação era orientada pela Doutrina Social da Igreja católica e se constituía com um viés higienista com forte ênfase ao estágio, que era desenvolvido ao longo dos três anos, priorizando a prática e marcada por um caráter fortemente doutrinário, corporativo e conservador.

Em 1956, a revisão na regulamentação pública estabelece que a formação em Serviço Social passe a ter, oficialmente, a duração de quatro anos, bem como a reconhece como curso superior, no entanto, não curso de nível superior, ou seja, licenciatura, grau este concedido apenas pelas universidades públicas naquele momento.

De acordo com Amaro (2012), após a Revolução dos Cravos, em 1974, foram criadas condições para o "questionamento, afirmação e **cientifização do Serviço Social**[4], que tiveram nas escolas, designadamente no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, o seu ponto nevrálgico".

O ano de 1989 é um marco para a formação em Serviço Social em Portugal. Após um período de intensa luta e com a importante contribuição da PUC/SP[5], o Serviço Social em Portugal é reconhecido como licenciatura. Esse processo de luta pela qualificação acadêmica colocou para o Serviço Social português uma necessidade até então pouco debatida, a preocupação com a fundamentação teórica das práticas profissionais, com o embasamento teórico do Serviço Social.

A partir da década de 1990**,** o Serviço Social português vive uma nova fase. Após a

4 Palavras da autora, grifos nossos.

5 Foi de fundamental importância a contribuição da PUC/SP para o reconhecimento do grau de licenciatura ao Serviço Social português, devido ao protocolo de cooperação científica entre a referida escola brasileira e as escolas portuguesas na oferta de cursos de mestrado e doutorado, o que resultou na qualificação dos docentes e assistentes sociais. Ao fazer o protocolo com as escolas portugueses para oferta do mestrado, a PUC/SP reconhece os cursos portugueses como curso superior universitário, emitindo um parecer favorável ao reconhecimento da licenciatura. Maiores informações ver: Coelho, 2018 e Ferreira, 2006.

formação de uma geração de mestres, oriundos do protocolo de cooperação com a PUC, foram criados os primeiros cursos de mestrado em Serviço Social nos Institutos de Serviço Social de Lisboa e Porto, em 1995/96 e o primeiro curso de doutorado em 2003. E, os anos 2000 caracterizam a inserção do Serviço Social pela primeira vez em uma universidade pública. "Em um período de dez anos passou-se de três para vinte e dois cursos de licenciatura em Serviço Social em Portugal e é nesse período que a categoria profissional inicia o debate e a proposta de criação da ordem dos assistentes sociais (OAS)". (MARTINS e SANTOS, 2016).

Esse processo, no entanto, é refreado por um importante marco que altera os rumos da formação acadêmica em Portugal: o Processo de Bolonha. Este, de acordo com Tomé e Martins (2008), é um compromisso assumido pelos países europeus com vistas a harmonizar os graus e diplomas atribuídos, facilitando as equivalências de cursos nas universidades destes países, bem como facilitando sua mobilidade e a empregabilidade dos estudantes no espaço comunitário.

Como aponta Malainho (2016), a discussão da reestruturação do Ensino Superior em Portugal para Bolonha centrou-se na relação entre os perfis profissionais e o tempo de formação. Com a adequação a Bolonha, os cursos têm a flexibilidade para optarem por três anos na licenciatura e dois anos no mestrado. Os cinco anos de licenciatura não são garantidos e há o aligeiramento da formação, voltada "fundamentalmente, para atender às necessidades do mercado e não da população". (MARTINS e SANTOS, 2016, pág. 19).

2 | DIVERSIDADE DE CONTEÚDOS E AUSÊNCIA DE DIREÇÃO: O DESTAQUE DA DISCIPLINA DE METODOLOGIA CIENTÍFICA

Atualmente[6] Portugal possui 17 (dezessete) cursos de licenciatura em Serviço Social. Dentre esses, 6 (seis) ofertados em instituições públicas e 11 (onze) em instituições privadas. Outra dado relevante é que, dentre esses 17 (dezessete) cursos, 12 (doze) localizam-se em universidades ou institutos universitários e 5 encontra-se em institutos politécnicos. Existem ainda 10 (dez) programas de pós-graduação, nível de mestrado, e 3 (três) programas de pós-graduação de doutoramento.

Na análise dos currículos dos cursos de Serviço Social do 1º. Ciclo em Portugal[7], contatou-se que a maioria dos cursos possui um número maior de disciplinas gerais do que específicas (10 cursos - 59%); 4 (quatro) cursos possuem o mesmo número de disciplinas gerais e disciplinas específicas e apenas 3 (três) cursos, ou seja, 18%, possuem mais disciplinas específicas do que disciplinas gerais em seu Plano de Estudos/Currículo.

A disciplina de Metodologia Científica e Investigação Social aparecem tanto como disciplinas gerais como disciplinas consideradas como especificas do Serviço Social, de

6 Os dados levantados pela pesquisa são do ano de 2018. Optou-se por apresenta-los como dados atuais porque até esta (2021), esses dados permanecem os mesmos.

7 A Análise dos currículos faz parte de pesquisa realizada em tese de doutoramento da autora, sob orientação da coautora deste artigo.

acordo com a classificação das próprias escolas.

Fica nítido que a disciplina de **Metodologia Científica é conteúdo central nos currículos dos cursos de Serviço Social.** Isso é justificado pelo atual debate acerca da cientificidade do Serviço Social, bem como fruto do movimento de qualificação acadêmica que o Serviço Social fez no final da década de 1980, na luta pelo reconhecimento do Serviço Social como licenciatura.

Mais de 35% (6) das escolas chegam a considerar essa disciplina como específica do Serviço Social. Essas disciplinas somam 3% das disciplinas específicas e 12% das disciplinas gerais. Depois da psicologia, as disciplinas de metodologia de pesquisa são as de maior quantidade no rol de disciplinas gerais. Como exemplo, citamos Métodos e Técnicas de Investigação em Ciências Sociais; Métodos e técnicas de investigação nas ciências social; Técnicas de análise aplicadas ao Serviço Social; Métodos quantitativos para o Serviço Social; Métodos e Técnicas de Investigação Social.

O fato do Serviço Social em Portugal ter seu reconhecimento como licenciatura, ou seja, curso superior de nível universitário, somente em 1989, impôs desafios, não apenas na formação, mas na consolidação do estatuto de profissão e do reconhecimento do Serviço Social enquanto área de conhecimento. Esse fato traz para âmbito desses cursos o debate acerca do cientificismo. Em Portugal, pergunta-se: O Serviço Social é uma ciência? Este movimento pautado no ***Cientificismo*** também é expresso nos documentos das escolas, em afirmações como:

> O Serviço Social assenta num conjunto de princípios teórico-epistemológicos acerca da prática interventora do assistente social com especial ênfase na necessidade de **produzir diagnósticos cientificamente fundados dos problemas sociais.** (informações disponibilizadas nas páginas virtuais dos cursos)
>
> Fundar a **autonomia do Serviço Social como disciplina científica** é um objectivo claramente assumido na Escola. (informações disponibilizadas nas páginas virtuais dos cursos)

Ratificando esta tendência, todos os cursos possuem pelo menos 2 disciplinas com conteúdos correlatos à investigação, pesquisa e/ou metodologia científica. E o rigor metodológico é claramente apontado**,** em entrevistas realizadas com representantes desses cursos, como fundamental na formação dos assistentes sociais em Portugal.

3 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os anos finais do século XX, início do século XXI, foram prodigiosos para o Serviço Social português. Em menos de 30 anos, o Serviço Social em Portugal deu um salto qualitativo significativo, principalmente no que se refere à formação profissional. Posteriormente a um longo percurso de luta, em 1989, foi reconhecido o grau de licenciatura; em 1995, foi aberto o primeiro curso de mestrado de escolas portuguesas e, em 2003, o primeiro doutorado.

No entanto, a adequação dos cursos ao Processo de Bolonha a partir de 2006/2007 flexibilizou a formação, diminuiu a duração dos cursos e orientou para a construção de um perfil profissional voltado às necessidades do mercado europeu, **sem mencionar conteúdos mínimos necessários**.

Atualmente os currículos não contam com normativas que regulem a formação e apresentam uma diversidade de conteúdos, sem direção clara. Apesar da variedade de conteúdos, é possível afirmar o destaque dado à disciplina de Metodologia de Pesquisa, demonstrada como central em muitas escolas e considerada até mesmo como uma disciplina específica por algumas dessas escolas.

Tal tendência deve-se, entre outros aspectos, a necessidade de conquistar legitimidade ao estatuto profissional, sendo que o Serviço Social foi reconhecido apenas em 1989 como curso superior universitário. Seria o Serviço Social uma ciência? Esse é um questionamento que parece permear não apenas os currículos das escolas, mas os atuais debates dos assistentes sociais portugueses.

REFERÊNCIAS

AMARO, Maria Inês. **Urgências e emergências do serviço social**: fundamentos da profissão na contemporaneidade. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2012.

BRANCO, Francisco. A profissão de assistente social em Portugal. **Revista Lócus Soci@l**, Lisboa, n. 3, 2009.

COELHO, Kathiuscia Ap. Freitas Pereira. A formação em Serviço Social no Brasil e em Portugal: Encontros e Desencontros. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

FERREIRA, Maria Emília. **Serviço social e construção do conhecimento**: contextos, lógicas e significados no serviço social. 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.

MALAINHO, Adelaide. A formação em serviço social em Portugal. In: MARTINS, Alcina et al. (Org.). **Serviço social Portugal – Brasil**: formação em tempos de crise. Campinas: Papel Social, 2016. p. 93-107.

MARTINS, Alcina Maria de Castro; SANTOS, Cláudia Mônica dos. Tendências críticas na formação do Assistente Social em Portugal. In: MARTINS, Alcina et al. (Org.). **Serviço social Portugal – Brasil**: formação em tempos de crise. Campinas: Papel Social, 2016.

MARTINS, Alcina; TOMÉ, Rosa. Formação contemporânea do serviço social em Portugal. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 21, 2008.

TOMÉ, Rosa. **O processo de Bolonha e o serviço social em Portugal**: os desafios à formação profissional. 2008. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF02/Rosa%20Tom%C3%A9.pdf>. Acesso em: 9 out. 2018.

CAPÍTULO 8

CRIANÇAS DO CÁRCERE: O DESENVOLVIMENTO INFANTIL INTRAMUROS

Data de aceite: 24/05/2021
Data de submissã: 15/03/2021

Mário Milcíades Martins Meira Neto
Assistente Social
Universidade Federal da Paraíba
http://lattes.cnpq.br/5416491976579645

RESUMO: O cuidado à saúde da criança, por meio do acompanhamento do desenvolvimento infantil o mais precocemente possível, é fator primordial para a promoção à saúde, prevenção de agravos e a identificação de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Nos últimos anos a atenção à saúde de mulheres e crianças tem recebido relativo cuidado por parte do governo brasileiro, a exemplo da Rede Cegonha, que prevê atenção à saúde no pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento pediátrico durante os primeiros dois anos da criança. Entretanto, necessário é garantir os mesmos cuidados para as crianças filhas das mulheres privadas de liberdade considerando as especificidades dessa parcela da população. **METODOLOGIA**: revisão de literatura realizada nas bases de dados Scielo e Lilacs utilizando os seguintes descritores: “saúde da criança” “sistema prisional”; “desenvolvimento infantil” “prisões”. **RESULTADOS:** Os estudos aqui analisados abordaram, sob diferentes ângulos, as repercussões do sistema prisional na saúde de crianças que vivenciam a experiência de coabitar com a mãe em alguma unidade prisional feminina brasileira. As consequências dessa vivência são negativas para o desenvolvimento - sobretudo emocional, psicológico e cognitivo - dessas crianças, principalmente aquelas que enfrentam a violação de seus direitos. **CONCLUSÕES**: fica evidente que as leis que pretendem garantir atenção integral às pessoas privadas de liberdade e, em especial, à mulher grávida ou puérpera, estão longe de efetivamente constituírem a proteção da saúde e da dignidade necessárias durante o processo de gestação e/ ou pós-parto.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde. Maternidade. Saúde da criança. Prisões.

CHILDREN IN JAIL: IN-CHILD DEVELOPMENT IN CHILDREN

ABSTRACT: Child health care, by monitoring child development as early as possible, is a key factor for health promotion, disease prevention and the identification of delays in neuropsychomotor development (BRASIL, 2016). In recent years, health care for women and children has received relative care from the Brazilian government, such as Rede Cegonha, which provides health care in prenatal care, childbirth, the puerperium and pediatric follow-up during the child’s first two years. However, it is necessary to guarantee the same care for the children of women who are deprived of their liberty considering the specificities of this portion of the population. **METHODOLOGY**: literature review carried out in the Scielo and Lilacs databases using the following descriptors: “child health” “prison system”; “Child development” “prisons”. **RESULTS**: The studies analyzed here addressed, from different angles, the repercussions of the prison system on the

health of children who experience the experience of cohabiting with their mother in some Brazilian female prison unit. The consequences of this experience are negative for the development - especially emotional, psychological and cognitive - of these children, especially those who face the violation of their rights. **CONCLUSIONS**: it is evident that the laws that intend to guarantee comprehensive care to persons deprived of their liberty and, in particular, to pregnant or postpartum women, are far from effectively constituting the protection of health and dignity necessary during the process of pregnancy and / or postpartum -birth.
KEYWORDS: Right to health. Maternity. Child health. Prisons.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem uma população prisional de aproximadamente 726.354 homens e mulheres, de acordo com Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen, jun./2017), número que o torna um dos países que mais encarceram no mundo, juntamente com os EUA (2,2 milhões), China (1,6 milhão) e a Rússia (674 mil).

De acordo com o levantamento, cerca de 37.828 mulheres encontravam-se privadas de liberdade em junho de 2017, sendo 36.612 mantidas em unidades administradas pelas Secretarias Estaduais. Entretanto, ao considerarmos o número total de vagas, constatamos um déficit de quase 6.000 vagas, o que revela uma taxa de ocupação de 118,8% presas no Brasil.

Das Unidades da Federação, São Paulo aparece em 1º lugar no ranking de estados que mais encarceram no país com uma população prisional feminina de aproximadamente 12.183 mulheres privadas de liberdade (31,6%). A Paraíba tinha, à data do levantamento, uma população feminina privada de liberdade de cerca de 570 mulheres correspondente a uma taxa de aprisionamento de 27,7 aprisionadas para cada grupo de 100 mil mulheres.

O encarceramento não pode limitar e/ou negar à mulher seu direto à maternidade. O Estado tem o dever de garantir a infraestrutura prisional adequada e assegurar direitos básicos fundamentais, como o de permanência dos filhos junto a mãe no período de amamentação, o fortalecimento do vínculo mãe/bebê, espaço adequado para a amamentação, celas adequadas para gestantes, além da existência de berçário, creche e centro de referência materno-infantil (Infopen Mulheres, 2017).

No Brasil, em 2017, das 342 gestantes privadas de liberdade, 204 (59,60%) se encontravam em unidades prisionais com cela adequada para recebê-las. Outro dado importante diz respeito à existência de local apropriado para a mãe permanecer com filho recém-nascido e ofertar cuidados essenciais durante o período da amamentação. Do total de 1.507 unidades prisionais cadastradas no INFOPEN, 48 (3,20%) contam com berçário e/ou centro de referência materno-infantil com capacidade para acolher 541 bebês. Destaca-se o baixo índice de estabelecimentos femininos que têm creche apropriada para receber crianças acima de 2 anos (0,66%), nenhum nas regiões norte e nordeste.

Os dados apresentados acima demonstram que há carência estrutural e, por

consequência, a violação de direitos humanos referentes ao binômio mãe/bebê. No encarceramento feminino, aspectos inerentes à maternidade precisam ser avaliados, como a garantia da presença dos filhos junto às mães pelo período previsto por lei (Guimaraes et al. 2018, p. 2).

Com o intuito de garantir condições dignas para a construção e fortalecimento do vínculo mãe/bebê no sistema carcerário, foi instituída pela Portaria Interministerial nº 210, de 16 de Janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Dentre suas diretrizes destaca-se a humanização das condições para o cumprimento da pena com a garantia, entre outros, da proteção à maternidade e à infância (Art. 2, IV).

Para tanto, são estabelecidas metas para incentivar governos e órgãos estaduais responsáveis pela administração prisional a buscarem a efetivação dos direitos fundamentais das mulheres privadas de liberdade de acordo com suas peculiaridades, sobretudo no que diz respeito ao número de filhos que com elas coabitam nos estabelecimentos prisionais.

A atenção à maternidade e à criança intramuros deve observar, de acordo com a PNAMPE, aspectos específicos, tais como:

- A condição da gestação ou maternidade, número e idade de filhos e pessoas responsáveis pelos seus cuidados;
- Inserção da mulher grávida, lactante e mãe com filho em local adequado com oferta de atividades lúdicas e pedagógicas coordenadas por equipe multidisciplinar;
- Garantia de acompanhante da parturiente durante todo o trabalho de parto até o pós-parto imediato;
- Proibição do uso de algemas e outras medidas de contenção em mulheres em trabalho de parto ou em parturientes;
- Respeito ao período mínimo de amamentação e de convivência da mulher com seu filho.

Entretanto, viola-se o direito à saúde da mãe e o da criança, bem como se pune a mulher que vê sua maternidade frequentemente ameaçada de ser interrompida com a abrupta ruptura do vínculo com sua criança caso as regras do sistema não sejam obedecidas.

OBJETIVOS

Geral

Analisar os aspectos relacionados aos direitos humanos no contexto prisional e suas violações em relação às crianças que coabitam com suas mães.

Específicos

Analisar os impactos que o contexto prisional causa na saúde e desenvolvimento infantil;

Identificar as ações de promoção ao aleitamento materno nos estabelecimentos prisionais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados Scielo e Lilacs utilizando os seguintes descritores: “saúde da criança” “sistema prisional”; “desenvolvimento infantil” “prisões”, além das referências indicadas nos artigos selecionados nas bases de dados.

RESULTADOS

Os estudos aqui analisados abordaram, sob diferentes ângulos, as repercussões do sistema prisional na saúde de crianças que vivenciam a experiência de coabitar com a mãe em alguma unidade prisional feminina brasileira. A construção de uma infância intramuros revela que as crianças são cumpridoras solidárias deste encarceramento (TORRES, 2012), uma vez que a dinâmica da vida dessas crianças passa a ser organizada segundo o regramento institucional da vigilância e da punição. As consequências dessa vivência são negativas para o desenvolvimento - sobretudo emocional, psicológico e cognitivo - dessas crianças, principalmente aquelas que enfrentam a violação de seus direitos.

Em um estudo de campo de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizado em unidade prisional feminina da cidade de Salvador - BA em 2016, Santos (et al. 2018), avaliaram o crescimento e desenvolvimento nos aspectos psicomotores e cognitivos de 9 crianças na faixa etária entre 24 e 72 meses. 100% delas apresentavam estatura e percentil nutricional adequados para a idade. Entretanto, algumas crianças estavam com desenvolvimento afetado – atraso na leitura, contagem de numerais, identificação de cores e atraso social.

Peroza (2018), defende que os processos educativos vivenciados no cárcere contemplem as especificidades do desenvolvimento da criança e sua dignidade humana. Para tanto, reconhece a necessidade de se efetivarem as condições alternativas de cumprimento de pena para mulheres grávidas e/ou com crianças pequenas sob sua responsabilidade (p.123).

A presença e/ou permanência de crianças em um ambiente para adultos condenados ou que aguardam julgamento pode causar estranhamento em muitas pessoas. Entretanto, é importante que se diga que isto tem previsão legal, estando inscrito na Lei de Execução Penal (LEP), Lei n° 7.210/1984. De acordo com o parágrafo 2º do Artigo 83 da referida

Lei, “o s estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade”, e define a idade máxima de permanência da criança em seu Artigo 89: “a penitenciária de mulheres será dotada de seção para gestante e parturiente e de creche para abrigar crianças maiores de 6 (seis) meses e menores de 7 (sete) anos, com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa” (BRASIL, 1984).

Ressalte-se que a Lei 11.942, de 28 de maio de 2009, dá nova redação aos artigos 14, 83 e 89 da LEP para garantir que mães presas e recém-nascidos tenham condições mínimas de assistência de acordo com suas especificidades. A partir de então, o artigo 14 da LEP passa a vigorar acrescido de parágrafo 3º para assegurar acompanhamento médico para a mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido (BRASIL, 2009).

Entretanto, a efetivação do que estabelecem as leis ainda é algo distante de ser constatado nas cadeias femininas brasileiras. A realidade das condições em que se encontram crianças encarceradas em conjunto com suas mães revela uma infância invisível para o sistema penitenciário traduzida em uma quase total negligência em relação às especificidades de seu desenvolvimento e aos princípios da dignidade humana (PEROZA, 2018, p.126). Os processos educativos constituem o desenvolvimento infantil. Ambos são vivenciados pelos sujeitos a partir das relações estabelecidas com a família, com outras crianças e adultos e com a comunidade à qual pertencem (Ibidem).

Quando vivenciados dentro de prisões, estes processos passam a carregar as marcas do cotidiano e da rotina desses ambientes caracterizados pela ordem, vigilância, obediência e punição. Em se tratando do desenvolvimento infantil de crianças que se encontram nas unidades prisionais os impactos na sua constituição enquanto sujeitos evidenciam que as primeiras experiências cognitivas em relação a suas impressões e interpretações do mundo externo se caracterizam pelo medo, desconforto e constrangimento.

Sobre isto Peroza salienta que um traço marcante nas crianças observadas durante a realização de seu estudo era a “expressão do olhar”. O ato de baixar os olhos podia significar submissão, desconfiança. O olhar representa o comportamento socialmente requerido no ambiente prisional uma vez que as mulheres são proibidas de olhar diretamente para as autoridades (p.129).

Isto evidencia as marcas deixadas pela influência que o contexto prisional exerce nos processos educativos e no desenvolvimento infantil, alterando os modos como as crianças observam e estabelecem as relações com o mundo e os adultos. O cárcere não oferece as condições e oportunidades de haver experiências características da infância – brincar, passear, interagir com outras crianças são processos disciplinados e vigiados segundo o rigor prisional. Desta forma, evidenciam-se lacunas nas experiências comuns a qualquer criança, experiências necessárias para seu desenvolvimento.

A escassez destas experiências, pode levar a uma "repetição de imagens", a uma limitação na formação de frases e contação de histórias exatamente por não haver experiências de vida significativas e variadas, em ambientes distintos com pessoas diversas. A criança precisa vivenciar o plural para incentivar a imaginação, a fala, a capacidade de interagir e reagir conforme as diferentes situações cotidianas.

Para Vygotsky (1989),

> "A linguagem e o pensamento se articulam no âmbito do contexto sociocultural, tendo como base de sua constituição a inter-relação dos aspectos cognitivos e afetivos, naquilo que ele denomina como "plenitude da vida", ou seja, na integralidade da criança e em sua relação com o ambiente, "cada ideia contém uma atitude afetiva transmutada com relação ao fragmento da realidade ao qual se refere" (PEROZA, 2018 apud VYGOTSKY, 1989, p. 7)".

A promoção de condições – ambientais, e psicossociais – que favoreçam um desenvolvimento infantil que preserve os princípios da dignidade humana começa ainda no ambiente intrauterino. Isto por que a mulher, na gravidez, experimenta mudanças biológicas e psicológicas entre outras, que podem influenciar as relações que estabelecerá com o bebê após o parto, como forma de preservar e estimular o desenvolvimento neuropsicomotor, fundamentais para as aprendizagens da criança (p.132). No caso das mulheres grávidas privadas de liberdade, este momento se dá em condições bastante adversas em que há exposição a situações de severo estresse, angústia e medo.

> "Alguns condicionantes apontam para fatores de risco para a mãe e o bebê: sob a tutela do Estado, estão à mercê do precário atendimento oferecido em termos de saúde, alimentação e estrutura física à gestante e puérpera; sob a ordem jurídica, a maioria das mulheres, de modo especial as grávidas ou com seus bebês, são presas provisórias e poderiam cumprir pena alternativa até o julgamento (Ibidem)".

Para as pesquisadoras responsáveis pelo relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que avaliou as condições atuais que impossibilitam a materialização do direito das mulheres privadas de liberdade, o cárcere representa, por si só, um risco para qualquer ser humano e sua existência onde mulheres "exercitam maternidades vulneráveis e gestações de risco. Defendem a tese de que toda gestação no espaço prisional é uma gravidez de alto risco, logo, bastaria a comprovação de situação de prisão da mulher para a aplicação da modalidade domiciliar prevista no inciso IV artigo 318 Código de Processo Penal, mesmo antes do sétimo mês de gestação (IPEA, 2015, p. 22).

Cabe ressaltar que os aspectos físico, cognitivo e psicossocial do desenvolvimento infantil estão interligados e influenciam-se mutuamente ao longo da vida do indivíduo (BRASIL, 2002). Sendo assim, as especificidades de seu desenvolvimento devem ser consideradas pelo poder público por meio de políticas e serviços que viabilizem a realização de atendimento e acompanhamento especializado com equidade e qualidade (BRASIL, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito deste artigo foi contribuir para a reflexão acerca das condições nas quais se dá o desenvolvimento infantil de crianças encarceradas "solidariamente" com suas mães. O que se evidenciou foi um cenário desfavorável à saúde da criança em suas múltiplas dimensões, mas também no que diz respeito à os seus direitos enquanto ser humano em formação. Ademais, fica evidente que as leis que pretendem garantir atenção integral às pessoas privadas de liberdade e, em especial, à mulher grávida ou puérpera, estão longe de efetivamente constituírem a proteção da saúde e da dignidade necessárias durante o processo de gestação e/ou pós-parto.

Prover os cuidados de saúde pressupõe orientar as ações e serviços pelo princípio dos direitos fundamentais e direitos humanos enfatizados por vasta legislação, no mundo e, especificamente, no Brasil, em que pesem as estruturas históricas das fragilidades na garantia do acesso a cuidados de saúde.

Concordamos com Arinde e Mendonça (2019) quando afirmam que a política de saúde necessita ser desdobrada, voltar-se para a necessidade e a importância de uma atenção à saúde mais igualitária, adequada e resolutiva, independentemente da situação legal, razão por que sublinha-se que essa realidade ainda está distante do preconizado sobre a assistência sanitária nos estabelecimentos penitenciários.

REFERÊNCIAS

ARINDE, E. L., MENDONÇA, M. H. **Política prisional e garantia de atenção integral à saúde da criança que coabita com a mãe privada de liberdade, Moçambique.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 43, N. 120, P. 43-53. JAN-MAR 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei n o 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm. Acesso em 05 set 2019.

______. **Presidência da República.** Casa Civil. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF, 1984. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm >. Acesso em: 05 set. 2020.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Inclusão das Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha.** 1. Ed – Brasília: MS, 2014.

______. Ministério da Saúde (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Autor. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em 01 set. 2020.

______. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial N° 210, de 16 de Janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências.

______. Ministério da Justiça. **Levantamento nacional de informações penitenciárias**, atualização junho de 2017, Marcos Vinícius Moura. – Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional, 2019.

GUIMARÃES, L. M. (et al.). **Promoção do aleitamento materno no sistema prisional a partir da percepção de nutrizes encarceradas**. Texto Contexto Enferm, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Dar à luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão**. Série Pensando o Direito, nº 51. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://www.justica.gov.br/news/201clugar-de-crianca-nao-e-na-prisao-nem-long e-de-sua-mae201d-diz-pesquisa/pesquisa-dar-a-luz-na-sombra-1.pdf. Acesso em: 06 set. 2020.

PEROZA, M. A. R. **Infância no contexto prisional: reflexões sobre processos educativos e dignidade humana.** Vol. 27, N. 52. 2019. Disponível em: https://revistas.uneb.br/index.php/faeeba/issue/view/315

SANTOS, D. S. S., BISPO, T. C. F., SANTOS, S. M., NUNES, F., REBOUÇAS, L., & CAMARGO, C. L. (2018). **Infância na casa de acolhimento no contexto prisional: um olhar sobre o crescimento e desenvolvimento.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. 2018;7(1):20-26. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v7i1.1677.

CAPÍTULO 9

PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: SUBSÍDIOS PARA O EXERCÍCIO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Data de aceite: 24/05/2021
Data de submissão: 01/03/2021

Daiane Neves da Silva e Santos
UNIGRAD
Itabuna/BA
http://lattes.cnpq.br/8832579889775318

RESUMO: Este artigo objetiva a reflexão de subsídios teórico-práticos para o fazer profissional dos/as Assistentes Sociais. Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, realizada com 07 (sete) Assistentes Sociais em um hospital público no município de Ilhéus-BA, no mês de abril do ano de 2014, com o objetivo de averiguar se durante o exercício da prática profissional, os/as Assistentes Sociais se apropriam do Projeto Ético-Político para formulação de propostas de trabalho que vão além das demandas institucionais e identificar os instrumentos incorporados pelos Assistentes Sociais, que coadunam na materialização da relativa autonomia. Para alcançar os objetivos proposto, foi aplicado um questionário semiestruturado tendo em vista a possibilidade de melhor compreensão dos participantes nas perguntas. Os resultados do estudo revelaram que os profissionais utilizam o projeto Ético-Político e Código de Ética no cotidiano da sua prática enquanto instrumento de defesa da garantia dos direitos dos usuários, dentro do limite da sua autonomia. Espera-se que as discussões elencadas no decorrer do trabalho, contribuam para a compreensão e fortalecimento coletivo frente ao cenário atual de precarização do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia Relativa. Saúde. Serviço Social e Projeto Ético-Político.

ETHICAL-POLITICAL PROJECT OF THE SOCIAL SERVICE: SUBSIDIES FOR THE PRACTICE OF PROFESSIONAL PRACTICE

ABSTRACT: This article aims to reflect on theoretical-practical subsidies for the professional work of Social Workers. This is a qualitative descriptive research, carried out with 07 (seven) Social Workers in a public hospital in the municipality of Ilhéus-BA, in April 2014, with the objective of verifying whether during the exercise of the practice professional, the Social Assistants take ownership of the Ethical-Political Project to formulate work proposals that go beyond institutional demands and identify the instruments incorporated by Social Assistants, which contribute to the materialization of relative autonomy. To achieve the proposed objectives, a semi-structured questionnaire was applied with a view to the possibility of better understanding of the participants in the questions. The results of the study revealed that professionals use the Ethical-Political project and Code of Ethics in their daily practice as an instrument to defend the guarantee of users' rights, within the limits of their autonomy. It is expected that the discussions listed during the work, contribute to the collective understanding and strengthening in the face of the current precarious work scenario.

KEYWORDS: Relative Autonomy. Cheers. Social Service and Ethical-Political Project.

1 I INTRODUÇÃO

O Presente trabalho é derivado da monografia apresentada em 2014 como exigência para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, cujo tema foi: A materialização da relativa autonomia dos/as Assistentes Sociais no espaço sócio-ocupacional em um hospital público no município de Ilhéus-BA.

A reflexão que se propõe neste estudo, consiste em discutir a prática profissional pautada pelo Projeto Ético-Político da profissão, levando em consideração a relativa autonomia dos assistentes sociais inseridos no espaço sócio-ocupacional. Visando uma melhor apreensão das controvérsias que limitam a autonomia do/a profissional no cotidiano do exercício do seu trabalho na contemporaneidade, a problemática dessa pesquisa funda-se em discutir: até que ponto os/as Assistentes Sociais que desenvolvem o seu trabalho em um hospital do município de Ilhéus-BA, se apropriam da relativa autonomia na sua prática cotidiana para defender os direitos dos usuários?

Apodera-se como hipótese, que embora os/as assistentes sociais sejam considerados um trabalhador inserido na relação de compra e venda da força de trabalho se apropriam do projeto Ético-Político e dos instrumentos teóricos-metodológicos associados á relativa autonomia para defender os direitos dos usuários e o seu espaço de trabalho.

Projeto Ético-Político da profissão se baseia no reconhecimento da liberdade como elemento central de recusa ao autoritarismo e arbitrarismo. É neste panorama que Netto (1999, p. 105), discute o Projeto Ético Político com base nas protoformas políticas que corroboram para o aprimoramento intelectual associado à ênfase na formação acadêmica qualificada, alicerçada em concepções teórico-metodológicas críticas e concretas.

O objetivo dessa pesquisa é averiguar se durante o exercício da prática profissional, os/as Assistentes Sociais se apropriam do Projeto Ético-Político para a formulação de propostas de trabalho que vão além das demandas institucionais e identificar os instrumentos incorporados pelos Assistentes Sociais, que coadunam na materialização da relativa autonomia.

Assim, esta pesquisa torna-se pertinente por contribuir com o debate da relevância do Projeto Ético-Político em consonância com a relativa autonomia na atuação profissional, além de possibilitar para os profissionais que trabalham nesses espaços, uma reflexão a respeito do seu fazer profissional e da sua postura frente aos desafios que se deparam cotidianamente nas instituições.

2 I REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O SUS e o Serviço Social: as demandas institucionais, a práxis profissional e o trabalho dos/as assistentes sociais em equipe multidisciplinar

Nos anos 30, o Brasil aprecia no seu estágio de desenvolvimento do capital maduro. Neste cenário, observa-se que as transformações, políticas, econômicas, culturais e sociais que o país atravessava, implicaram em fortes lutas contra o desenvolvimento desigual e excludente. Embora o contexto fosse permeado de um cenário ditatorial, as lutas sociais e os conflitos de classes estavam presentes na relação de antagonismo entre capital e trabalho.

É notório que a concretização da Reforma Sanitária e consequentemente a criação e institucionalização do Sistema Único de Saúde-SUS, não se deu pacificamente. É fruto de muitas lutas, ocorridas em um longo processo de reformulação da Política Nacional de Saúde, imbuída de contradições num cenário de transformações político-econômicas e de descaso no acesso à saúde para a população empobrecida. Neste ínterim, a classe menos favorecida, representava o descontentamento da população em busca do movimento sanitário.

É nessa conjuntura, que o serviço social tem no setor da saúde um espaço de trabalho, momento em que o estado contrata estes profissionais e, a partir daí, passa-se a expandir as possibilidades de intervenção dos/as assistentes sociais, muito embora numa perspectiva ainda conservadora, cuja prática se pautava numa lógica de respostas imediatas aos problemas pontuais relacionados à saúde da população, e assim, manter o controle do capital.

Isto supõe que no setor da saúde, o Estado cumpre com o seu papel de interventor e formulador de mecanismos de controle da classe dominada para a manutenção da hegemonia burguesa, como é o caso da política social de saúde.

Além de tantos outros determinantes que culminaram para a ampliação e reformulação da prática profissional nessa conjuntura, Bravo e Matos (2006, p. 199), ressaltam que o novo conceito de saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com enfoque aos aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social.

Outro determinante que favoreceu a ampliação profissional foi o agravamento das condições de saúde da população, com ênfase aos países periféricos. Onde, organismos internacionais estabeleceram o modelo de trabalho em equipe multidisciplinar, não para a melhoria da prestação de saúde, mas para "suprir a falta de profissionais como solução racionalizadora". A partir de então, são introduzidos conteúdos preventivos e educativos, pois a universalização da saúde já não era viável. (BRAVO e MATOS, 2007, p. 28).

Com efeito, a atuação dos Assistentes Sociais é direcionada às práticas educativas nos hábitos de higiene e saúde, como também, em programas prioritários estabelecidos

pela normatização da política de saúde.

A despeito das demandas apresentadas ao Serviço Social no campo da saúde, via de regra, estas são calcadas na lógica institucional, razão pela qual, os/as assistentes sociais demonstram fragilidades no processo de trabalho ao se inserir/em na esfera da mercantilização, cujas relações entre os profissionais e as instituições empregadoras, são direcionadas na ótica da compra e venda da força de trabalho. A partir daí, a práxis profissional se colide com as exigências institucionais e a defesa dos direitos dos usuários.

Segundo Faleiros (2011, p. 31), as instituições sociais são organizações específicas de política social, embora se apresentem como organismos autônomos e estruturados em torno de normas e objetivos manifestos. Esses elementos segundo o autor, ocupam um espaço político nos meandros das relações entre Estado e a sociedade civil.

Ainda para o mesmo, tais elementos são considerados como mecanismos de regulação do aparelho estatal em momentos de crises do desenvolvimento capitalista e na consolidação hegemônica dos processos sociais. “Pois as classes dominantes necessitam do consentimento das classes dominadas para exercer sua hegemonia”, (FALEIROS, 2011, p. 32).

Para tanto, Faleiros (2011, p. 32) diz que as instituições não se apresentam como mecanismo de coerção, nem muito menos prestadora de serviços compensatórios das desigualdades sociais. São instrumentos das políticas sociais, mascaradas ainda com aparência “humanística”, condição esta, para a sua aceitação. Neste escopo, os serviços de saúde são transformados em “mercadorias”, aparentemente acessíveis à população carente. Entretanto, para adquiri-los, é necessário se enquadrar às normas institucionais.

Em vista disto, a saúde é mercantilizada através da relação de compra e venda de seus serviços, transformando-se em mola propulsora da materialização das relações sociais em que Faleiros (2011, p. 33), aponta o Estado como principal financiador.

Vale salientar que, a partir dos anos 90 com o advento do projeto neoliberal que apresentou enquanto proposta principal norteadora da redução do papel do Estado nas relações entre Sociedade e Mercado, a intervenção deste órgão passa a ser mínima no que diz respeito às ações econômicas e sociais. Percebe-se que gradativamente, a década de 90 começa a fomentar a privatização dos serviços de saúde.

Dessa forma, o projeto neoliberal em curso, impacta em todos os setores da sociedade, sobretudo, na classe trabalhadora. No caso do Serviço Social, tais transformações rebatem sobre a sua atuação no exercício do trabalho, à medida que a empregabilidade formal está cada vez mais ameaçada.

Partindo da premissa acima, Iamamoto (2012, p. 32), afirma que “o estímulo à figura do trabalhador polivalente, capaz de realizar múltiplas atividades ao mesmo tempo e pelo mesmo salário, rompe as rígidas barreiras das especializações profissionais”.

Com efeito, observa-se que neste cenário de desmonte de direitos os profissionais de Serviço Social também sofrem impactos advindos da reformulação do Estado, tendo

em vista que estão subordinados às tendências impostas pelo mercado de trabalho, cujo discurso se condensa pela lógica da individualidade e da produtividade além da esfera competitiva imposta para os próprios trabalhadores. É neste cenário de desmonte de direitos que os/as assistentes sociais continuam desenvolvendo o seu trabalho nas instituições de saúde, junto a outros trabalhadores desta mesma área, e consequentemente, a execução da sua prática limita-se as imposições instituídas pelos setores empregadores.

2.2 Projeto Ético-Político e o Código de Ética: elementos imperativos ao exercício profissional

O Projeto Ético–Político e o Código de Ética são componentes fundamentais e obrigatórios à prática e ao perfil profissional, de forma, que sua materialização norteia o trabalho do/a assistente social normatizando a postura crítica frente aos novos desafios apresentados pela relação capital/trabalho. Ambos são imbuídos de valores éticos e dimensão política.

A ética ganha visibilidade nos debates e produções teóricas da profissão a partir dos anos 80. No seio desta discussão, encontra-se o projeto profissional do Serviço Social denominado de Projeto Ético-Político, iniciado na transição de 1970 a 1980 em um processo de recusa e crítica do conservadorismo. É esse projeto, conforme Guerra (2007, p. 53) crítico e competente, que direciona a profissão para a defesa dos direitos dos cidadãos e para a construção de uma nova sociabilidade.

Ainda segundo a autora, a ausência de um projeto profissional crítico que vise romper com o tradicionalismo das práticas profissionais, limita às possibilidades de diferenciação entre o exercício profissional e a prática filantrópica. Neste sentido, o Projeto Ético-Político imprime um novo perfil profissional capaz de transformar a realidade presente na perspectiva do exercício da cidadania e garantia de direitos, se desvinculando das práticas conservadoras e burocráticas.

Nesta perspectiva, com base em Netto (1999):

> O projeto ético-político do Serviço Social tem sua raiz na recusa ao conservadorismo e ao cerceamento dos processos emancipatórios, propondo a construção de uma direção social para a profissão alicerçada num conjunto de valores éticos emancipatórios de liberdade, democracia e cidadania.

Percebe-se que as colocações dos autores mencionados acima expressa à condição de excelência do Projeto Ético-Político para realização do trabalho profissional, e sua contribuição para o rompimento com o pragmatismo.

Traduz-se então, em importantes instrumentos capazes de direcionar o profissional no enfrentamento dos velhos e novos desafios, quais sejam as antigas novas expressões da questão social culminada com a formação profissional crítica e competente. Desse modo:

> [...] a ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do Assistente Social, que reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar objetivamente, a serviços dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade. (IAMAMOTO, 1997, p. 37)

Nesta leitura, a autora aponta que devido à lógica das relações sociais na sociedade capitalista bem como o reconhecimento da divisão do trabalho, os/as assistentes sociais necessitam de uma base que "possibilite realizar uma intervenção profissional de qualidade, competência e comprometida com valores humanos" Guerra (2007, p. 15), ou seja, orientados por um projeto crítico na perspectiva de emancipação dos indivíduos tendo à ética enquanto elemento central para a liberdade dos indivíduos.

Assim, o exercício profissional compreendido pelo Projeto Ético-Político e pelo Código de Ética, impulsiona uma nova atuação a partir dos pilares da universalidade, justiça social, equidade, democracia, liberdade e cidadania, entre outros princípios.

Tais elementos, são considerados imperativos ao exercício profissional porque conforme os marcos regulatórios acima descritos, é essencial que todos/as que exercem a profissão devem seguir, pois, além de legitimar a prática profissional abre espaços para possibilidades para uma nova ordem societária.

Neste sentido, o desafio é a apreensão e efetivação desses elementos pelo coletivo dos profissionais no âmbito da sua prática cotidiana, tendo em vista que a materialização destes na atual conjuntura, exige dos/as assistentes sociais dentro de seus limites e possibilidades, o exercício do trabalho distanciado do fazer fragmentado e ao mesmo tempo, antenado às novas exigências impostas pelo mercado de trabalho na contemporaneidade, conforme discute (IAMAMOTO, 2012, p. 77-78).

2.3 O Aprimoramento Intelectual

A década de 80 é marcada pela ascensão dos movimentos sociais fortalecidos pelas lutas, que se materializavam através das mobilizações de diversos segmentos, que culminaram na aprovação da Constituição Federal e, por conseguinte, na consolidação da democracia no país.

Neste panorama, o período em destaque, pode ser entendido como "o divisor de águas" para o Serviço Social brasileiro, ou ainda como Iamamoto (2009, p. 50) pontua, "... foi extremamente fértil na definição de rumos técnico-acadêmicos e políticos para o Serviço Social", tendo em vista que se trata de um contexto em que os/as assistentes sociais vão buscar uma nova base de reorientação para a profissão. Assim, os debates e discussões da categoria, se pautavam em torno da formação profissional e do seu trabalho, bem como, versava sobre novos rumos da profissão com base no aprimoramento intelectual.

No que pese o último elemento citado na linha anterior, salienta-se que o Serviço Social amadureceu e avançou entre os anos de 80 e 90. Dito de outro modo,

> Um olhar retrospectivo para as duas últimas décadas, não deixa dúvidas, ao longo desse período, o Serviço Social deu um salto de qualidade em sua autoqualificação na sociedade. Essa adquiriu visibilidade pública por meio do novo Código de Ética do/a Assistente Social, das revisões da legislação profissional e das profundas alterações verificadas no ensino universitário na área (IAMAMOTO, 2009, p. 51).

Ademais, a autora pontua o aumento significativo pela procura de literaturas cujas produções, se condensavam no âmbito do Serviço Social disponível no mercado até os dias atuais.

No que concerne à aproximação intelectual, o ensino universitário é o elemento responsável principal:

> ...pela qualificação teórica de pesquisadores e de profissionais, nos níveis de graduação e pós-graduação lato e scrito sensu... exige-se uma posição crítica e vigilante à contra reforma universitária em curso que mercantiliza a educação, desqualifica a instituição universitária e a formação de quadros acadêmicos e profissionais (IAMAMOTO, 2012, p. 225).

Acentua-se ainda que o assistente social no exercício da profissão demanda constante aprimoramento profissional, pois a sua atuação não pode ser reduzida a uma prática imediatista.

Um dos princípios fundamentais que norteiam o exercício profissional dos/as assistentes sociais, expressos no Código de Ética de 1993 é: “o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

A prática profissional ancorada neste movimento possibilita aos/as assistentes sociais a apropriação de um conjunto de saberes e conhecimentos, pautados nas condições éticas e políticas. Para Iamamoto (1999):

> O perfil predominante do Assistente Social historicamente é o de um executor terminal das políticas sociais, que atua na relação direta com a população usuária. Hoje se exige um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais e empresarias; um profissional propositivo, com sólida formação ética capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotados de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado (IAMAMOTO, 1999, p. 113).

Essa reflexão, se torna necessária à medida que o trabalho dos/as assistentes sociais se cristaliza sob novas bases teórico-metodológicas, ético-político e técnico-operativo, porquanto o desempenho do exercício profissional exige postura crítica e competente desse segmento de trabalhador.

A condição de mero executor terminal das políticas sociais de corte público e privado, fica em segundo plano já que, no debate atual, o profissional passa a ocupar novos campos de trabalho, sobretudo nos espaços do planejamento e da gestão. Nessas condições:

> O momento presente desafia os assistentes sociais a se qualificarem para acompanhar, atualizar e explicar as particularidades da questão social nos níveis nacional, regional e municipal, diante das estratégias de descentralização das políticas públicas. (IAMAMOTO, 2008, p. 41)

Nesta perspectiva, é imperativo a relevância do aprimoramento intelectual para atender as demandas atuais e para uma prática consciente comprometida com a qualidade do atendimento oferecido ao usuário e com a defesa intransigente dos direitos. Sobre este assunto, Netto (1999) afirma que:

> A competência como base no aprimoramento intelectual, dando ênfase a uma formação acadêmica qualificada, alicerçada em concepções teórico-metodológicas críticas e concretas, além de uma postura investigativa do assistente social, assumindo um compromisso com o usuário e com a qualidade dos serviços prestados. (NETTO, 1999, p. 105)

Considera-se, portanto a competência profissional como um processo inacabado, de construção e reconstrução de habilidades. Logo, o aprimoramento em pós-graduação, mestrado, doutorado, cursos, seminários e conferências, são imprescindíveis para os/as assistentes sociais, porquanto estes requisitos, reforçam a compreensão da dinâmica da sociedade e contribuem para a materialização do exercício profissional a partir do movimento dialético, cujas forças propulsoras, impõem desafios cotidianos.

Supõe assim, pensar no Serviço Social no contexto contemporâneo sob uma nova diretriz do exercício profissional, postas às exigências demandadas pelo mercado de trabalho atual, sem, no entanto, afastar-se do projeto profissional que impõe aos/as assistentes sociais a ruptura com o lastro conservador e na direção de um projeto profissional comprometido com os interesses das classes subalternas.

No entanto vale ressaltar, que muitos profissionais cotidianamente no exercício do seu trabalho, se deparam com obstáculos no próprio espaço sócio-ocupacional. Esta variável impede o desenvolvimento do trabalho comprometido com o projeto ético-político e permite uma lacuna na capacidade dos assistentes sociais desenvolverem trabalhos com propostas inovadoras e capazes de concretizar direitos.

Salienta-se, no entanto, que os assistentes sociais por excelência possuem uma dimensão política, e assim se apropria da visão crítica da realidade e mesmo operando na lógica dos limites e possibilidades, pode exercer uma ação transformadora.

Por fim, as entidades organizativas da categoria como o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) apontam a importância do aprimoramento intelectual indissociável ao trabalho do assistente social enquanto possibilidade de um profissional sintonizado no mundo globalizado e capacitado para elaborar propostas criativas e desenvolver habilidades no enfrentamento da Questão Social.

3 I METODOLOGIA

Para averiguar se durante o exercício da prática profissional, os/as Assistentes Sociais se apropriam do Projeto Ético-Político para a formulação de propostas de trabalho que vão além das demandas institucionais e identificar os instrumentos incorporados pelos Assistentes Sociais, que coadunam na materialização da relativa autonomia, recorrer-se-á pesquisa descritiva de natureza qualitativa.

Segundo Gil, (1991, p. 46), pesquisas descritivas adotam como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, possibilitando utilizar técnicas de coletas de dados como o questionário, analisá-los e interpretá-los. Já o método qualitativo é o mais indicado para tratar de dados subjetivos, uma vez que, permite um contato direto com o sujeito pesquisado, através do qual, o mesmo pode revelar-se tanto em sua fala, quanto em seu silêncio, contribui ainda para obter uma referência a respeito do objeto pesquisado e do mundo que o cerca, quais sejam as atitudes, valores, aspirações e crenças. Além disso, é útil em situações que envolvam o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de novas ideias (GIL, 1999, p. 206).

3.1 Abordagens e procedimentos de coleta de dados

Participaram dessa pesquisa 07 (sete) Assistentes Sociais de um hospital público no município de Ilhéus-BA. Essa cidade está localizada no litoral Sul do Estado, que segundo o último censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma população de 184.236 mil habitantes. A cidade é conhecida pelas literaturas dos romances de Jorge Amado, e como a cidade do cacau apadrinhada pelos habitantes antigos como a “Princesinha do Sul”. A economia está sedimentada na agricultuta, turismo e indústrias. O Município possui uma vasta rede litorânea sendo considerado um forte pólo turístico, sobretudo no período da alta estação.

Os dados foram coletados no mês de abril de 2014. Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, tendo em vista a possibilidade de melhor compreensão dos/as participantes nas perguntas. Sua aplicação ocorreu de forma individual com a finalidade das respostas não serem influenciadas e com o intuito de se obter informações específicas para o alcance dos objetivos. O público alvo entrevistado foi previamente informado sobre os objetivos da pesquisa. Importa destacar o respeito às respostas na sua integralidade.

No que diz respeito à análise dos dados, foram tratados qualitativamente de forma descritiva. As informações colhidas na entrevista foram categorizadas no sentido de destacar as características comuns apresentadas. Dessa forma, foi possível a identificação de semelhanças dos dados, assim o Microsoft Word, torna-se relevante para organizar os dados coletados.

3.2 Análise e discussão dos dados

A instituição hospitalar é um dos espaços sócio-ocupacionais, em que os assistentes sociais estão inseridos, enquanto um dos campos de maior atuação do Serviço Social. Lugar também em que a política de saúde se materializa. Assim sendo, o *lócus* escolhido para esta pesquisa foi um hospital público em Ilhéus-BA.

Como forma de garantir o anonimato das profissionais, serão referenciadas como: "AS"- A, B, C, D, E, F, e G.

Vale ressaltar, que todas as assistentes sociais que trabalham nesse hospital em questão revelaram estarem intelectualmente aprimoradas através de cursos de extensão, capacitação, seminários, pós-graduação, congressos..., como possibilidade de "*atualização dos procedimentos e conhecimentos e como garantia de um atendimento melhor ao usuário*" "AS-A". Desse modo, ainda defendem a formação continuada como "*requisito ao aperfeiçoamento profissional*" "AS-C".

Com base ao aprimoramento intelectual, percebe-se que as profissionais dão ênfase a uma formação acadêmica qualificada, (...) assim um compromisso com o usuário e com a qualidade dos serviços prestados. (NETTO, 1999, p. 105).

Mesmo porque, as transformações contemporâneas têm exigido um profissional crítico, atualizado e comprometido com as novas demandas sociais, capaz de desvelar os enigmas postos no campo da saúde.

No que se refere à apropriação do Projeto Ético-Político no cotidiano do exercício profissional, todas as entrevistadas afirmaram atuar com base no projeto profissional. É esse projeto conforme Guerra (2007, p. 53), crítico e competente que direciona a profissão para a defesa dos direitos dos cidadãos, e para a construção de uma nova sociabilidade. Conforme "AS-D" atua:

> Fazendo jus ao meu Código de Ética, participando das reuniões dos conselhos, fazendo a relação teoria X prática, orientando constantemente os pacientes e seus familiares como cidadãos sujeitos de direitos e a buscar por estes, e na cooperação na organização coletiva. (ASSISTENTE SOCIAL "D", 2014)

Tem-se o entendimento que as assistentes sociais no exercício profissional desenvolvem suas práticas voltadas para a defesa intransigente de direitos, impulsionado pelo Projeto Ético-Político, como também, tem o Código de Ética como base de sustentação do seu trabalho.

No que tange a relativa autonomia e o Projeto Ético-Político, as "AS" A, B, C, D, E e F ", com exceção da "AS-G", responderam que atuam em consonância. Afirmam existir uma articulação, uma concordância entre o Projeto Ético- Político e autonomia relativa no cotidiano da prática profissional. Sobre este assunto, a "AS-C" afirmou que: "*Sim, para embasar as intervenções feitas na unidade, à abordagem e o direcionamento dos encaminhamentos*".

Especificamente a "AS-G", respondeu que "sim, em parte". "*Pois nem sempre o projeto ético político é coerente com a nossa realidade".* Sobre esse aspecto torna imperativo discutir vez que Iamamoto (2012, p. 97-98), sinaliza que *o assistente social dispõe de relativo poder de interferência na formulação e/ou implementação de critérios técnico-sociais que regem o acesso dos usuários aos serviços.*

Entende-se que o Projeto Ético-Político confronta-se ao modelo neoliberal, destacando-se pelo seu caráter focalizado, tendência o requisito do/a assistente social em outras demandas longe da dimensão do seu projeto político. Dessa forma, exige dos profissionais direcionar esforços para a continuidade de apreensão do Projeto Profissional, bem como para a materialização de sua autonomia ainda que relativa.

Ao considerar uma autonomia técnica, a participação dos processos decisórios no âmbito da instituição empregadora, ainda carece de reflexão, tendo em vista que esta lacuna é observada nos espaços de trabalho, sobretudo na esfera da saúde cujos assistentes sociais ainda apresentam um estranhamento acerca da sua identidade profissional e, por conseguinte, a ocupação do seu espaço conforme aponta Raichelis (2011), *tendência a um trabalho marginal.*

Neste caso, os profissionais no exercício do seu trabalho atendem determinações da instituição e ao mesmo tempo, devem estar antenados à incorporação do seu Projeto Ético-Político de cunho emancipatório. "*Dentro da instituição existem as determinações institucionais quanto aos protocolos e necessidades da instituição e como nossa atuação ocorre no interior dela devemos integrar junto ao projeto da profissão",* "AS-C".

Para Netto (1999):

> Os projetos profissionais estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as outras organizações e instituições sociais, privadas e públicas (entre estas também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 1999, p. 95)

O autor traz a discussão da existência de um tensionamento entre os profissionais, em atender ao Projeto Ético-Político e ao mesmo tempo responder as determinações do Estado, as demandas institucionais, bem como as necessidades da classe trabalhadora. Estes conflitos colaboram para a existência das contradições no desempenho do exercício profissional.

Neste mesmo sentido, todas as profissionais afirmaram que sua prática não se afasta ao Projeto Ético-Político o que reflete a certa contradição. Pois, observou-se que as mesmas desenvolvem práticas burocráticas, rotineiras e mecanicistas, as quais de forma alguma proporciona um atendimento qualificado, muito menos ao acesso universal ao SUS. Contrapondo-se ao Projeto Ético-Político que preconiza a defesa intransigente dos direitos. A "AS-C" usou o termo "*fragiliza*", corroborando com a "AS-G" que relatou "*nem sempre ser possível seguir à risca o projeto ético político".*

Assim, Iamamoto (2012, p. 23) discorre que o Serviço Social enquanto profissão no modo de produção capitalista depende da ação do Estado, tendo em vista, a regulação da vida social na administração dos conflitos de classes, que derivam da relação capital/trabalho durante o processo de industrialização e urbanização do país.

Portanto, mesmo que o Serviço Social tenha se efetivado como profissão, bem como, construído um projeto societário conjuntamente ao código de ética que respalde a prática profissional do/a Assistente Social na sociedade capitalista dividida em classes, no nível crítico/reflexivo, propositivo e de cientificidade, percebe-se que estes/as profissionais ainda carregam traços do conservadorismo, cujos olhares ainda caminham na direção de uma visão aprisionada na mesmice de atividades burocráticas e rotineiras com pouca perspectiva de ação inovadora.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social na saúde, hoje, é o segundo maior campo de trabalho para o Assistente Social (ficando atrás apenas da Assistência Social). Desse modo, no decorrer deste estudo, buscou-se discutir à luz de um aporte teórico especializado cabendo aqui destacar as autorias de Marilda Villela Iamamoto, José Paulo Netto e Maria Inês Bravo.

Foi identificado que os/as Assistentes Sociais que participaram da pesquisa, se apropriam do Projeto Ético-Político da profissão em consonância com o Código de Ética, para a materialização da relativa autonomia enquanto instrumentos balizadores desta categoria para a defesa dos direitos dos usuários. Entretanto, no decorrer da pesquisa, não se percebeu por parte das profissionais pesquisadas, a formulação de propostas de trabalho para além das demandas institucionais.

Com efeito, a hipótese foi confirmada contribuindo na resposta da problematização, pois, os/as Assistentes Sociais se apropriam do Projeto Ético-Político, dos instrumentos teórico-metodológicos e da relativa autonomia para defender os direitos dos usuários e o seu espaço de trabalho. Contudo, dentro de uma limitação reconhecida pelas próprias profissionais.

Neste sentido, há que se atentar para a continuidade do aprimoramento intelectual, pois talvez seja este o caminho para lutar contra as armadilhas do projeto capitalista mercantilizado no âmbito das relações de trabalho, que incide de forma fragmentada na defesa dos direitos dos usuários, demandantes da ação profissional.

Por fim, vale ressaltar que embora no panorama atual o discurso contemporâneo operar sob a lógica da produtividade, faz-se necessário apresentar maiores reflexões e discussões coletivas na perspectiva de sustentar os pilares do projeto profissionais e a partir daí, ocupar o seu espaço, reconhecer sua identidade e o seu papel nas instituições que os empregam.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. S, et al, (orgs). **Saúde e Serviço Social.** 3. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

FALEIROS, V. P. de. **Saber Profissional e Poder Institucional.** -10ª. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GIL. A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

______. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

GUERRA, Yolanda. O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: capital, trabalho e questão social. – 7ª ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

______. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 22. Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

______. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: Trabalho e formação profissional. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

______. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: Trabalho e formação profissional. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

______. **O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social.** In: Capacitação em Serviço Social: módulo 1. Brasília: CEAD/UnB/Cfess, 1999.

______. **O serviço social na contemporaneidade**: dimensões históricas, técnicas e ético-políticas. In: CRESS 3ª Região. Fortaleza, 1997.

NETTO, José Paulo. **A construção do Projeto Ético Político do Serviço Social frente a crise contemporânea**: Capacitação em Serviço Social e Política Social: módulo 1: Crise contemporânea. Brasília: CEAD, 1999.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado:** desafios às violações de seus direitos. n.107. 420-437 jul/set: São Paulo, Serviço Social e Sociedade, 2011.

SOBRE A ORGANIZADORA

SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI - Doutorado (2015) e Mestrado (2001) em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela UNB. Atua na Saúde Pública há duas décadas no Sistema Único de Saúde – SUS, acompanhando Discentes e Residentes em Saúde. Coordena a Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, exercendo a docência em nível de Pós Graduação na modalidade de Residência nas disciplinas de Bioética, Promoção da Saúde, Política de Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Em 2016 enquanto devolutiva do processo de doutorado implantou o Projeto de extensão Pode Respirar! Discutindo Promoção da Saúde no SUS (em vigência) na Universidade de Pernambuco – UPE, orientando discentes e Residentes na área de saúde na modalidade de extensão universitária, desenvolvendo atividades formativas – cursos, grupos de estudos, oficinas e outros – voltadas para a qualificação de recursos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS.

ÍNDICE REMISSIVO

R

S

T

V

Atena Editora

Ano 2021

A Atuação do Assistente Social na Saúde:

Contribuições para o Debate

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2021

A Atuação do Assistente Social na Saúde:

Contribuições para o Debate

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

